#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 595

##### Ф.И.О: Чернявская Римма Михайловна

Год рождения: 1975

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак, ул. Щорса 70

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.05.15 по 25.05.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия I, цефалгический, астено-невротический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хронический атрофический гастрит. Полип антрального отдела желудка. H-pylory отр. Метаболическая кардиомиопатия. С-м укороченного PQ. ПМК 1 ст СН0. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ В 2008 переведена на Лантус, Эпайдра.

В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 8ед., п/о- 6ед., п/у- 6ед., Лантус 22.00 – 18 ед. Гликемия –3,2-12,8 ммоль/л. НвАIс -7,8 % от 23.03.15. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 5 лет. АИТ, гипотиреоз с 2005 ТТГ –2,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –291 (0-30) МЕ/мл от 2014. В настоящее время принимает L-тироксин. 100 мкг/сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.05.15 Общ. ан. крови Нв –110 г/л эритр – 3,3 лейк –3,4 СОЭ – 4 мм/час

э-3 % п- 1% с- 69% л- 24 % м- 4%

20.05.15 Нв – 111 эрит 3,5.

13.05.15 Биохимия: СКФ –59,5 мл./мин., хол – 4,5тригл – 0,95ХСЛПВП -1,07 ХСЛПНП – 3,0Катер -3,2 мочевина –5,9 креатинин –8,9 бил общ – 11,5 бил пр –2,3 тим – 3,9 АСТ –0,34 АЛТ – 0,22 ммоль/л;

15.05.15 ТТГ –3,1 (0,3-4,0) Мме/л

### 13.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

15.05.15 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.05 | 5,1 | 4,3 | 4,5 | 6,3 |
| 15.05 | 6,9 | 5,6 | 8,2 | 14,9 |
| 20.05 | 7,0 | 11,0 | 6,2 | 6,2 |
| 21.05 |  | 7,8 |  | 7,7 |

13.05.15 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия I, цефалгический, астено-невротический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

13.05.15Окулист: VIS OD=0,9 OS= 0,3. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды умеренно извиты расширенны. Единичные микроаневризмы, в макулярной области перегруппировка пигмента. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.05.15ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ.

14.05.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. С-м укороченного PQ. ПМК 1 ст СН0.

13.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.05.15Гастроэнтеролог: Хронический атрофический гастрит. Полип антрального отдела желудка. H-pylory отр.

15.05.15 ФГДЭС: Атрофическая гастродуоденопатия. Полип антрального отдела желудка.

13.05.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

14.05.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; нельзя исключить наличие микролитов в почках.

12.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9см3; лев. д. V = 6,0см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы местами снижена. Эхоструктура крупнозернистая, , мелкий фиброз.

В пр. доле в н/з кольцевая структура 1,3 см.( на ТАПБ очаг АИТ). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиогамма турбо, актовегин, витаксон, эутирокс.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога. по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 6-8ед., п/о-4-6ед., п/уж -4-6 ед., Лантус 22.00 18-20ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: армадин лонг 500 мг 1т 1рсут 1 мес., адаптол 500 мг 2р\д 1 мес,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 3-6 мес. Эутирокс 100 мкг/сут.
11. Рек. гастроэнтеролога: де-нол,(вис нол) 2т 2р/д за 30 мин до еды 2 нед, эзолонг 40 мг 1т 1р/нед за 1 час до еды 2 нед, повторный результат с биопсией.
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.