#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 652

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

Год рождения: 1975

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

Место работы: инв II гр, н/р

Находился на лечении с 03.05.17 по 12.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) хроническое течение. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб 0-1. Узел правой доли. Гипотиреоз средней тяжести. медикаментозная субкомпенсация. Метаболическая кардиомиопатия с-м выраженного PQ. ПМК СН 0. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цефалгический с-м. Хр. атрофический гастрит, не стойкая ремиссия.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния чаще во 2 половине дня, сопровождающиеся головной болью, слабостью дрожью в теле, боли в икроножных мышцах, ограниченнее движение в правом плечевом суставе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапию. С 2008 в связи с лабильным течение диабета переведена на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-8 ед., п/о-8 ед., п/у- 6ед., Лантус 22.00 18 ед. Гликемия –3,3-10,0 ммоль/л. НвАIс – 7,9 % от 03.2017 . Последнее стац. лечение в 2015г. АИТ, узловой зоб, гипотиреоз средней тяжести с2005 ( ТТГ – 2,8 АТТПО – 291 от 2014), принимает эутирокс 100/125 мкг/сут. ТТГ – 1,34 (0,3-4,0) Мме/мл от 02.2017. 06.2013 ТАПБ узла пр доли щит железы – цитологическая картина пунктатов соответствует аутоиммунному тиреоидиту с пролиферацией фолликулярного эпителия. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 04.05 | 117 | 3,5 | 3,5 | 5 | 0 | 2 | 73 | 22 | 3 |
| 10.05 | 113 | 3,4 | 3,1 | 12 | 0 | 4 | 66 | 26 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.05 | 69,8 | 3,5 | 0,85 | 1,32 | 1,8 | 1,6 | 4,0 | 75,9 | 11,0 | 2,7 | 3,7 | 0,31 | 0,14 |

05.05.17ТТГ –1,4 (0,3-4,0) Мме/мл

11.05.17 С-реактивный белок - отр

### 04.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

05.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000эритр - белок – отр

05.05.17 Суточная глюкозурия – 1,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 11.05.17 Микроальбуминурия –35,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.05 | 5,8 | 6,7 | 8,3 | 12,4 |
| 07.05 | 4,2 | 4,1 | 4,4 | 3,0 |
| 09.05 | 4,5 | 5,1 | 9,8 | 7,1 |
| 11.05 | 9,5 |  |  |  |

03.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) хроническое течение. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цефалгический с-м.

05.05.17 Окулист: VIS OD=0,9 OS= 0,5 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3, сосуды умерено извиты расширены. В макуле депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

03.05.17 ЭКГ: ЧСС 67- уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м укороченного PQ

11.05.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия с-м выраженного PQПМК СН 0.

04.05.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

05.05.17 на р-гр правого плечевого с-ва определяется перестройка костной структуры и субхондральный склероз характерно для ДОА

04.05.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. Хр. атрофический гастрит, не стойкая ремиссия.

04.05.17 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

10.05.17 МРТ пр. плечевого с-ва признаки теносиновита сухожилия длинной головки бицепса. Минимально выраженный подлопаточный бурсит. Субатрофия дельтовидной мышца.

10.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,0 см3; лев. д. V =6,1 см3

В н/3 правой доли лоцируется образование 1,4\*0,79 см. четко очерченное с ровными контурами, гиперэхогенный неоднородной структурой. Эхоструктура паренхимы нормальной эхоинтенсивности, диффузно неравномерная с чередование гипоэхогенный и гиперэхогенный участков, мелкими фиброзными включениями, паращитовидные железы: лоцируются пр. паращитовидная железа размерами0,6\*0,3 нижняя 0,6\*0,3, левая 0,6\*0,3. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаки наличия плотного очага в н/3 пр. доли на фоне изменений диффузного типа в паренхиме щит. железы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, диалипон, витаксон, актовегин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 6-8ед., п/о- 6-8ед., п/уж – 6-8ед., Лантус 22.00 16-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 2,5-5 мг утром Контр. АД.
7. Диалипон 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.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 100/125 (чередовать)мкг утром натощак за 30 мин до еды. ТАПБ узла щит. железы в плановом порядке. Повторный осмотр эндокринолога.
9. Рек кардиолога: дообследваоние ЭХОКС. Кардонат1т 3р\д 1 мес.
10. Рек. хирурга: УЗИ ОБП, ФГДЭС в плановом порядке, омез 20 мг 1р\д, альмагель 1 ч/л 2р\д,
11. Конс. гастроэнтеролога по м\ж.
12. Конс ревматолога, травматолога ЗОКБ или по м\ж, учитывая изменения по данным МРТ пр. плечевого ссустава.
13. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В