#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1427

##### Ф.И.О: Миргородская Марина Юрьевна

Год рождения: 1972

Место жительства: Михайловский р-н, с. Пришиб ул. Освободителей 17а

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находилась на лечении с 17.10.17 по 28.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. вестибуло-атактический с-м. Метаболическая кардиомиопатия. СН 0. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. Медикаментозной компенсации. Хр. субатрофический фарнголарингит. Хр.гепатоз 0-Iст. СРК по смешанному типу.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в дневное и ночное время, чередование гипо и гипергликемических состояний, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, онемение в/к и н/к, учащенный ночной диурез, снижение диуреза. затруднение при мочеиспускании, дискомфорт в области мочевого пузыря, головные боли, головокружение, ухудшение памяти, периодически учащенное сердцебиение, боли в области сердца тупого характера, боли в поясничной области, купирующиеся приемом диклофенака, периодически боли в правом подреберье,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия.: Хумодар Р100Р, Инсуман Комб, затем Генсулин Н 2р/д, затем в в условиях ЗОЭД в связи с лабильным течение переедена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о- 6-4ед., п/у- 4ед., Протафан НМ в 22.00 26-24ед. Гликемия –2,2-18,0 ммоль/л. НвАIс - 6,8% от 05.2017 . Последнее стац. лечение в 10.2016 г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: С 2004 АИТ, гипотиреоз, АТТПО – 270,8 ( 0-30) ТТГ – 0,36 (0,3-4,0) Мме/мл от 05.2017 Принимает L-тироксин 75/100 мг/сут. Эпизодически отмечает повышение АД до 130/80 мм.рт.ст. С 2011 г (со слов) –БА. периодически использует вентолин. ЖДА с молодости, курсами принимает тардиферон. Отмечает непереносимость пенициллина, берлитиона.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 18.10 | 144 | 4,3 | 3,8 | 6 | 1 | 0 | 57 | 41 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.10 | 87,4 | 4,91 | 1,48 | 4,03 | 3,2 | 3,8 | 4,4 | 80 | 16,0 | 4,2 | 6,3 | 0,56 | 0,26 |
| 24.10 |  |  |  |  |  |  |  |  | 16,9 | 3,3 | 2,3 | 0,18 | 0,35 |

18.10.17 Гликированный гемоглобин -7,1%.

20.10.17 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

18.10.17 К –4,51 ; Nа –136 Са++ - 1,25С1 - 105 ммоль/л

### 19.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – много; эпит. перех. – 3-4 в п/зр

20.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 2000 эритр - белок – отр

19.10.17 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 19.10.17 Микроальбуминурия – 53,3мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.10 2.00-12,0 | 4,6 | 5,8 | 3,3 | 3,6 |  |
| 20.10 | 8,9 | 7,6 | 2,4 | 6,3 | 5,3 |
| 22.10 |  |  | 2,2 | 7,1 |  |
| 23.10 2.00-12,5 | 7,6 | 7,6 | 5,8 | 3,5 | 9,6 |
| 25.10 2.00-10,6 | 7,7 | 3,6 | 8,3 | 9,8 | 11,6 |
| 26.10 |  |  |  | 5,0 | 5,2 |
| 27.10 | 6,6 |  |  |  |  |

19.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. вестибуло-атактический с-м. МРТ головного мозга УЗД МАГ, ЭНМГ н/к ,церебролизин, армадин 4,0 в/в кап №10, тиоктовая кислота 600 в/в кап №10, сермион 30 мг веч, бифрен 1т3р/д

18.10.17 ЛОР: Хр. субатрофический фарнголарингит, Рек: щадящая диета, масляные капли в нос 10к 3р/д 10дней

24.10.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9 ; Гл. дно: Вены неравномерного калибра, полнокровны, извиты, в макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.10.17 ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

19.10.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.Р-но: предуктал MR 1т 3р/д, 2 нед,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

25.10.17 УЗИ: Эхопризнаки опущения и повышенной подвижности правой почки, наличие кисты в левой почки.

19.05.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

23.10.17 Гастроэнтеролог: Хр. гепатоз 0-I ст. ДЖВП на фоне сахарного диабета. СРК по смешанному типу. Р-но: маркеры вирусного гепатита «В», контроль УЗИ ОБП, стол №5, режим питания, урсосан 250 мг 1 к на ночь-1 мес, пробиз 1т 1р/д-2 недели, креон 10 тыс по 1т 3р/д во время еды-2 недели, повторный осмотр.

18.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранна

12.10.17 УЗИ ОБП: диффузные изменения поверхности почек. Кисла левой почки.

26.10.17 Уролог: для дифдиагностики нейрогенного мочевого пузыря и гиперрефлекторного мочевого пузыря необходимо дообследование: определение объема мочевого пузыря и остаточной мочи.

17.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,1см3; лев. д. V = 7,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ НМ, Протафан НМ,армадин 4,0 в/в кап, L-тироксин 75/100 мкг, физиолечение.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипогликемические состояния беспокоят значительно реже, несколько уменьшились онемение в/к и дискомфорт в области сердца.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о-2-4 ед., п/уж -2-4 ед., Протафан НМ в 22.00 -23-24 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес
5. Армадин лонг 300 мг 1 т 1р/д-1 мес, плетол 100 мг 1т 2р/д -3 мес, сермион 30 мг вечером -1 мес, келтикан 1 к 3р/д-1 мес, бифрен 1к 3р/д-1 мес.
6. L-тироксин 75/100 мкг утром натощак за 30 мин до приема пищи и медикаментов, УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Соблюдение рекомендаций гастроэнтеролога (см.выше)
8. Конс. уролога после УЗИ МВС с определением остаточной мочи, нефрофит сбор 1 пакет 2 -3 р/д-1 мес, контроль ан. мочи в динамике по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В