#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1042

##### Ф.И.О: Карпова Юниана Александровна

Год рождения: 1971

Место жительства: Розовский р-н, пгт Розовка ул. ул. строителей 1-1

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 08.08.18 по  16.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Осложнённая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2).Диабетическая ангиопатия артерий н/к. НЦД по смешанному типу. СН 0. Хр. гастродуоденит в стадии обострения H-pylori – отрицательный, кислотообразующая функция желудка повышенная. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст . Вертеброгенная цервикоторакалгия , мышечно-тонический с-м

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, шаткость при ходьбе, головокружения, одышку при ходьбе, тупые ноющие боли в левом подреберье, вздутие живота после еды, периодически чувство тошноты, неустойчивый стул.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. при обращении к терапевту по поводу сухости во рту, жажды, выявлена гипергликемия 11,4 ммоль/л, с того же времени инсулинотерапия. Ранее вводила Актрапид НМ, Протофан НМ. С 2009 в связи с гипогликемическими состояниями переведена на Лантус, Эпайдра. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, комы гипогликемические – 1991, 1992. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-12-16 ед., п/о-12-16 ед., п/у- 12-16ед., Лантус 22.00 26-28 ед. Гликемия –3,2-15,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: хронический холецисто панкреатит, хр. гастродуоденит, хронический колит с 1994. Со слов пациентки в 02.2018 обнаружено повышение ТТГ – 8,7 Мме/мл, был назначен эутирокс, последние 2 мес не принимает, анализы ТТГ не контролировала. Кесарево сечение в 2012.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 09.08 | 117 | 3,7 | 3,6 | 11 | |  | | 3 | 5 | 48 | 38 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 09.08 | 76 | 5,02 | 1,54 | 1,53 | 2,7 | | 2,2 | 3,6 | 80 | 11,8 | 2,9 | 1,9 | | 0,2 | 0,38 |

09.08.18 Амилаза-38,2

10.08.18 ТТГ – 2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

10.08.18 Диастаза – 81,7

09.07.18 К –4,19 ; Nа – 143 Са++ -1,13 С1 -101 ммоль/л

### 09.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

10.08.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 14.08.18 Микроальбуминурия –93,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.08 | 4,8 | 3,9 | 4,2 | 7,3 | 5,1 |
| 12.08 | 9,5 | 7,0 | 13,8 | 5,2 | 7,2 |
| 14.08 | 9,4 | 12,8 | 3,7 | 4,3 |  |
| 15.08 | 7,8 |  |  |  |  |

15.08.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Вертеброгенная цервикоторакалгия , мышечно-тонический с-м

14.08.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;.

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: артерии умеренно сужены ,вены неравномерного калибра ,полнокровны, извиты, ед. микроаневризмы, друзы. Д-з: Осложнённая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

08.08.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

14.08.18 Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН 0.

13.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хр. гастродуоденит, нестойкая ремиссия.

13.08.18 Гастроэнтеролог: Хр. гастродуоденит в стадии обострения H-pylori – отрицательный, КОФ желудка повышенная. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст .

09.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

13.08.18 ФГДЭС: недостаточность кардии. Атрофическая гастродуоденопатия.

13.08.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст.

08.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,5 см3; лев. д. V = 3,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Эпайдра Лантус, гастронорм, фосфалюгель, спазмолгон,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, связанная с диспепсическими явлениями и режимом питания из-за патологии ЖКТ, уменьшились боли в н/к., уменьшились боли в левом подреберье АД 110/70 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 10-12ед., п/о-10-12 ед., п/уж -10-12 ед., Лантус 22.00 26-28 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: кардонат 1т 3р/д 1 мес.
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5-5 мг утром, Контр. АД.
10. Рек. невропатолога: миорикс 15 мг 1р/L2 нед, келтикан 1т 2р/д, 1 мес, магникум 1т 2р/д 1 мес, дообследование Р-гр ГОП
11. Рек гастроэнтеролога: режим питания, гатсронорм 2т 2р/д за 30 мин до еды 14 дней, фосфалюгель по 1п 3р/д через 30-40 мин после еды 7-10 дней, спазмолгом 1-2т 2р/д во время еды 10-14 дней.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.