#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 619

##### Ф.И.О: Масничук Елена Юрьевна

Год рождения: 1973

Место жительства: Акимовский р-н, пгт Акимовка ул. Молодых патриотов 14-37

Место работы: инв II гр , н/р

Находился на лечении с 02.05.18. по 17.05.18 в диаб. 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 6, NDS 6). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Артифакия ОИ. Центральная хориоретинальная дистрфоия ОД, оперированная отслойка центральная хориоретинальная дистрофия OS ХБП II-ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Метаболическая кардиомиопатия СН0-I. ДЭП 1- II , смешанного генеза, вестибулярный, церебрастенический с-м. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Хронический холецисто-панкреатит в стадии нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 15 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 110/70 мм рт.ст., головные боли, головокружение, умеренный отек левой н/к (перелом 01.2018) периодические гипогликемические состояния в различное время суток, купируемые приемом пищи, частый плохо оформленный стул, вздутие живота, урчание..

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. в кетоацидотическом состоянии. С того же времени инсулинотерапия , Получала Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2010 переведена на аналоги – Лантус, Эпайдра в связи с частыми гипогликемическими состояниями. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4ед., п/о- 6ед., п/у-6 ед., Лантус 22.00 Гликемия –3-12 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2015г. АИТ с 2011 АТ ТПО – 632 (0-30) МЕ/мл В 2016 обнаружена туберкулома правого легкого, произведено оперативное вмешательство на средней доле пр легкого. В 02-.03.2018 находилась на обследовании в университетской клинике в связи с нарушением стула. Установлен с-м избыточного бактериального роста в тонком кишечнике, проведен курс терапии с положительной динамикой. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 03.05 | 98 | 2,9 | 4,0 | 15 | |  | |  | 1 | 51 | 46 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 03.05 | 70 | 4,1 | 0,92 | 1,83 | 1,85 | | 1,24 | 6,4 | 79 | 10,9 | 2,7 | 1,89 | | 0,28 | 0,47 |

03.05.18 Глик. гемоглобин – 9,9%

02.05.18 Анализ крови на RW- отр

04.05.18 ТТГ – 1,7 (0,3-4,0) Мме/мл

08.05.18 Железо - 4,7мкмоль/л (10,7-32,2)

04.05.18 К –5,29 ; Nа – 134 Са++ -1,16 С1 -101,9 ммоль/л

### 03.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 20-25 в п/зр белок – 0,042 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

10.05.18 Суточная глюкозурия –1,3 %; Суточная протеинурия – 0,07

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.05 | 5,8 | 6,5 | 10,6 | 9,2 |  |
| 06.05 | 16,1 | 10,3 | 8,5 | 4,0 | 5,5 |
| 08.05 | 5,2 | 7,3 | 20,6 | 8,5 |  |
| 09.05 |  | 12,0 | 12,5 |  | 15,9 |
| 11.05 | 10,5 | 7,9 | 7,9 | 10,4 | 11,0 |
| 13.05 2.00-3,4 | 11,0 | 3,6 | 10,9 | 12,4 | 12,3 |
| 14.05 |  |  | 5,4 | 11,6 | 11,5 |
| 15.05 | 5,5 | 4,6 | 14,6 | 4,1 |  |
| 16.05 |  |  | 12,6 |  |  |

03.05.18Невропатолог: ДЭП 1- II, смешанного генеза, вестибулярный, церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6).

15.05.18 5стандартных проб: ДАНС выраженные изменения.

04.05.18Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,1 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 По всему гл дну следы лазеркоагуляции, дистрофические изменения. Д-з: Артифакия ОИ. Центральная хориоретинальная дистрофия ОД, оперированная отслойка, центральная хориоретинальная дистрофия OS

02.05.18ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

04.05.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1

15.05.18 Гематолог Железодефицитная анемия средней степени. рек: тардиферон 2т/д 1 ме. Затем 11т/д 3 мес, затем 1т/д 10 днй после каждой менструации. Наблюдение по м/ж. Контроль ан. крови

02.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

08.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

04.05.18Допплерография: Эхопризнаки неокклюзирующего заболевания артерий н/к, по типу диабетического медикальциноза.

16.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,1 см3; лев. д. V = 4,2 см3

Перешеек – 0,2см.

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, креон, мильгамма, нуклео ЦМФ, ивабрадин, предуктал MR , тивортин, кортексин, нутроф тотал сорбифер, эспа-липон, гл капли ОМН,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия сохраняется неустойчивой из-за диспептических явлений, нарушений стула . Уменьшилась частота стула, стал более оформленным, уменьшились боли н/к 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» в связи с неудовлетворительным показателем глик гемоглобина. От перевода на генно-инженерные виды инсулина отказалась, проведена коррекция инсулинотерапии.

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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 3-5ед., п/о- 6-8ед., п/уж -4-6 ед., Лантус 22.00 7-8 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: кораксан 5 мг 2р/сут, предуктал MR 1т 2р/д 3 мес. дообследование ЭХОКС.
9. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
11. Рек окулиста: ОСТ, , лазерное лечение
12. Рек. невропатолога: дообследование МРТ головного мозга, УЗДС МАГ.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.