#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 669

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

Год рождения: 1975

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токма ул Щавы

Место работы: н/р

Находился на лечении с 14.05.18. по 24.05.18 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 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации. .Метаболическая кардиомиопатия с-м укороченного PQ. Пролапс митрального клапана. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, смешанного генеза, церебрастенический с-м, Железодефицитная анемия легкой степени. Неалкогольная жировая болезнь печени Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический гастрит в стадии обострения. Хронический пиелонефрит в стадии нерезко выраженного обострения.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, головные боли, гипогликемические состояния утром .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе гипогликемические состояния.. Комы отрицает Ранее вводила Актрапид НМ, Протофан НМ. В 2008, в связи с гипогликемическими состояния переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпрайдра п/з-6 ед., п/о- 4ед., п/у- 5ед., Лантус 22.00 16 ед. Гликемия 3,2-12,4 ммоль/л. НвАIс – 6,7% от 03.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. В 2006 выявлен АИТ, гипотиреоз, принимает эутирокс 100/125 мкг через день. АТПТО – 291 МЕ/мл от 2014. 2013 ТАПБ - цитологическая картина соответствует аутоиммунному тиреоидиту с пролиферацией фолликулярного эпителия. 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 | | |
| 15.05 | 124 | 3,7 | 4,5 | 10 | |  | | 1 | 1 | 58 | 36 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 15.05 | 90,8 | 5,02 | 0,78 | 1,58 | 3,08 | | 2,1 | 4,5 | 64 | 12,4 | 2,9 | 4,1 | | 0,1 | 0,1 |

16.05.18 Глик. гемоглобин -7,6 %

15.05.18 Анализ крови на RW- отр

18.05.18 ТТГ –1,6 (0,3-4,0) Мме/мл

15.05.18 Железо - 6,3 ( 10,7-32,2)

15.05.18 К – 4,2 ; Nа –139 Са++ -1,12 С1 - 100 ммоль/л

### 15.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк – 3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

17.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 8000 эритр - белок – отр

21.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 500 эритр - белок – отр

16.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 16.05.18 Микроальбуминурия –26,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.05 | 5,0 | 3,4 | 4,1 | 6,1 |
| 17.05 |  | 14,1 |  |  |
| 20.05 |  | 4,2 |  |  |
| 23.05 2.00-5,7 | 7,5 | 6,6 | 9,7 | 5,1 |
|  |  |  |  |  |

15.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст, смешанного генеза, церебрастенический с-м. Рек: бифрен 1т 3р/д 1 мес, магне В 6 1т 2р/д, нейротропин 2,0 в/м. келтикан 1т 3р/д

17.05.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,5 цил – 0,75=0,8 .

Гл. дно: сосуды извиты, неравномерного калибра ,вены полнокровны, сосуды широкие. Полнокровные. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

14.05.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м ранней реполяризации желудочков, с-м укороченного PQ

16.05.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия с-м укороченного PQ.

Рек. кардиолога: кардонат 1т 3р/д,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.05.18 ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. ПМК 1 ст с регургитация до 1 ст Минимальная трикуспидальная регургитация , 2 дополнительные хорды ЛЖ

18.05.18 Р-скопия ЖКТ: хр. гастрит.

21.05.18 Гематолог: у больной железодефицитная анемия легкой степени. Тардиферон 1т 3р мес, затем 1т /д 10 дней после каждой менструации.

17.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.05.18 РВГ: Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена. Нарушение кровообращения 1 ст с обеих сторон..

18.05.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в желчном пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозированы подж. железы; микролитов в почках.

21.05.18 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический гастрит в стадии обострения. Рек: стол № 5 гепадиф 2т 2р/д после еды 1 мес, эзолонг 40 мг 1т 1р/д д за 1 час до еды 2 нед. гастронорм 2т 3р/д за 30 мин до еды 2 нед. Контроль ФГДЭС через 6 мес.

14.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4см3; лев. д. V = 6,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с прослойками фиброза. В пр доле в н/3 кольцевая структура 1,19 ( на ТАПБ очаг АИТ).

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, эутирокс, тиогамма, актовегин, армадин, тардиферон, норфлоксацин, флуконазол,

Состояние больного при выписке: За период стац лечения корригированы дозы инсулина. Уровень гликемии соответствует целевым значениям. Уменьшились боли в н/к Гипогликемических состояний не отмечалось АД 110/80 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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра (пенф) п/з- 5ед., п/о-4 ед., п/уж -5 ед., Лантус(пенф) 22.00 6 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек гастроэнтеролога:: стол № 5 гепадиф 2т 2р/д после еды 1 мес, эзолонг 40 мг 1т 1р/д д за 1 час до еды 2 нед. гастронорм 2т 3р/д за 30 мин до еды 2 нед. Контроль ФГДЭС через 6 мес.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. Эутирокс 100 мкг утром натощак за 30 мин до еды .УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.