#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 372

##### Ф.И.О: Кропко Марина Максимовна

Год рождения: 1987

Место жительства: Вольянский р-н, с. Богатыревка, ул Гагарина 34

Место работы: КУ «Наше мiсто» ЗГС, специалист общего сектора.

Находилась на лечении с 14.03.18 по 29.03.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к.. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Дисметаболическая энцефалопатия I ст, церебрастенический с-м. Эмоционально-лабильное расстройство с тревожным синдромом, обусловленное соматической патологией. Аномальное маточное кровотечение с сохранённым циклом по типу гиперменореи. Кистома правого яичника. Хр. цервицит. Железодефицитная анемия средней тяжести. Смешанный зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, полиурию, отсутствие гипогликемических состояний на фоне стойкой гипергликемии в течение 6 мес, выраженную общую слабость, утомляемость, снижение веса на 10 кг за 2 года, ухудшение зрения, онемение рку и ног похолодание к кистях и стопах, пониженное АД. до 90/60 мм рт.ст., периодические боли в области сердца, отеки в/к, плаксивость, тревожность, пониженное настроение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г в кетоацидозе.. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия.: Фармасулин НNP, 2р/д, затем с 2014 Фармасулин НNP, Фармасулин Н в дробном режиме. В 11.2017 кетоацидотическое состояние, за мед помощью не обращалась, самостоятельно использовала щелочное питье, сорбенты. Комы отрицает, Гипогликемические состояния (со слов) в начале менструального цикла. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 10-12ед., п/о-10-12 ед., п/у- 10-12ед.,Фармасулин НNP 22.00 – 12 ед. Гликемия –10,2-19,0 ммоль/л. НвА1с - 13,4 от 06.11.17. Последнее стац. лечение в 2014г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: С 13 лет железодефицитная анемия на фоне обильных менструаций, периодически принимает препараты железа. Смешанный зоб 1 ст с 2014, АТТПО – 2014 – 10,8 ( 0-30) МЕ/мл.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 15.03 | 87 | 4,04 | 4,4 | 19 | 2 | 2 | 57 | 33 | 6 |
| 26.03 | 103 | 3,9 | 7,6 | 21 | 2 | 1 | 60 | 32 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.03 | 110 | 4,94 | 1,4 | 1,98 | 2,32 | 1,5 | 4,8 | 66 | 12,8 | 3,1 | 2,5 | 0,24 | 0,1 |

15.03.18 ТТГ – 1,5 ( 0,3-4,0) МЕ/мл.

15.03.18 Глик. гемоглобин -14,9 %

19.03.18 Железо – 2,2 ( 10,7-32,2) мкмоль/л

15.03.18 К –3,92 ; Nа –134,9 Са++ -1,05 С1 -101 ммоль/л

14.03.18 ацетон – следы

### 15.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 15-20 в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -много в п/зр слизь +

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

16.03.18 Суточная глюкозурия – 4,0 %; Суточная протеинурия – 0,045г/сут

26.03.18 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.03.18 Микроальбуминурия –83,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.03 |  |  |  | 3,6 | 9,8 |
| 15.03 | 10,9 | 15,3 | 11,4 | 10,0 |  |
| 17.03 | 7,7 | 9,4 | 10,4 |  |  |
| 19.03 | 12,6 | 19,7 | 2,3 | 9,3 |  |
| 20.03 2.00-16,5 |  | 12,2 | 8,4 | 7,6 | 5,4 |
| 21.03 2.00-11,1 |  | 4,8 |  | 4,4 | 11,6 |
| 22.03 2.00-12,0 | 8,7 | 10,2 | 5,1 | 8,4 |  |
| 23.03 2.00-9,3 | 9,3 | 3,5 cito | 4.4 | 8.3 |  |
| 25.02 2.00-12,3 | 12,4 | 10,1 | 6,9 | 7,1 | 13,0 |
| 26.03 | 11,1 | 5,9 | 4,8 | 12,6 |  |
| 27.03 2.00-9,6 | 7,8 | 13,7 | 2,9 | 22,1 | 17,9 |
| 28.03 2.00-15,0 | 9,4 | 5,1 | 7,1 | 5,8 | 5,8 |
| 29.03 | 8,5 |  |  |  |  |

19.03.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст церебрастенический с-м Рек: келтикан 1т 3ор/д, актвоегин 10,0 в/в , ЭНМГ в/к.

23.03.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 Сосуды сужены извиты вены уплотнены. В макуле без особенностей.

14.03.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. . Блокада срединного разветвления ЛНПГ.

28.03.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1 мес . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

27.03.18: Гематолог: Железодефицитная анемия средней степени. Рек: дан совет по питанию Сорбифер дурулес 2т/д 2 мес, затем 1т/д 3 мес, затем 1т/д 10 дней после каждой менструации. Наблюдение по м/ж. Контроль с анализом крови через 2 мес

2.03.18 Гинеколог: Аномальное маточное кровотечение с сохранённым циклом по типу гиперменореи. Анемия средней тяжести. Киста правого яичника. (ЖТ, эндометриома?). Хр. цервицит. рек: инжеста 1% 1мл в/м № 7, УЗИ ОМТ после mensis. Верификация диагноза после УЗИ, решение вопроса об оперативном лечении, цитеал,

26.03.18 Гинеколог: по данным УЗИ Кистома правого яичника. Рек? контроль УЗИ на 7-8 день менстр. цикла, СА -125, НЕ4, ROMA повторный осмотр.

15.03.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к . рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

22.03.18 Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

27.03.18 Психиатр: Эмоционально-лабильное расстройство с тревожным синдромом, обусловленное соматической патологией (СД).

14.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,6 см3; лев. д. V = 8,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,32 см .В пр доле у заднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,62 см. В н/3 пр доли такой же узел 0,75\*0,5 см. В левой доле у перешейка такой же узел 1,5\*1,0 см. с пристеночными кальцинатами. Рядом такой же узел 1,4\*1,1 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, Актрапид НМ, Протафан НМ, сорбифер, диалипон, инжеста, диалипон, тивортин, атоксил , щелочное питье, кофеин, тивортин в/в, лоратадин

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ гликемия в пределах субкомпенсированых значений улучшилось общее самочувствие, сухость во рту, жажда, полиурия не беспокоят. Отмечается увеличение гемоглобина крови на фоне приема препаратов железа. Сохраняется онемение в конечностьях, похолодание в стопах.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гинеколога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-8-10 ед., п/о- 8-10ед., п/уж -5-7 ед., Протафан НМ, 22.00 14-16 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 3р/д 1 мес., суприлекс 1т 3р/д 1 мес.
7. Соблюдение рекомендаций гематолога, гинеколога, кардиолога, психиатра (см. выше)
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. ТАПБ узлов щит железы с послед. конс эндокринолога.
9. Б/л серия. АДГ № 6718 с 14.03.18 по 29.03.18. к труду 30.03.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.