#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 685

##### Ф.И.О: Чернявския Римма Михайловна

Год рождения: 1975

Место жительства: г. Токмак, ул. Щавы 70

Место работы: инв IIгр.

Находился на лечении с 14.05.13 по 24 .05.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисметаболическая энцефалопатия I. Астено-невротический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб I ст, узел правой доли. Гипотериоз средней тяжести. Медикаментозная компенсация. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м, ассоциирован с H-pylory. Полип антралного отдела желудка. Дуодено-гаст. Рефлюкс. Остеоартроз коленных с-вов Rо 0 СФН 0. Алергический дерматит.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, боли в коленных суставах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ). В 2008г. переведен на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдру п/з- 6ед., п/о- е6д., п/у-4 ед., 22.00 лантус -16 ед. Гликемия 3,0-7,0-8 ммоль/л. НвАIс -6,4(03.2013) %. Последнее стац. лечение в 2012г. АИТ с 2005г. АТ ТПО 291; ТТГ 4,1(2012г.). ТТГ 2,96 Принимает L-тироксин 100/75 мкг сутки. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.05.13Общ. ан. крови Нв –127 г/л эритр –4,0 лейк –4,5 СОЭ – 12 мм/час

э- 2% п- 4% с- 60% л-27 % м-7 %

15.05.13Биохимия: СКФ –69,3 мл./мин., хол –5,4 тригл -2,0 ХСЛПВП –1,27 1,27ХСЛПНП – 3,2Катер -3,3 мочевина – 5,5 креатинин –78 бил общ –13,1 бил пр –3,7 тим –4,6 АСТ – 2,29 АЛТ – 0,44 ммоль/л;

15.05.13 ТТГ – 3,0 (0,3-4,0) Мме/л

16.05.13С-реакт белок 10,21, ревм факт 10,07

### 16.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1003 лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

16.05.13Суточная глюкозурия – 1,25 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.05.13Микроальбуминурия –46,93 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.05 | 6,3 | 3,8 | 5,7 | 12,4 |
| 16.05 | 13,4 |  |  |  |
| 18.05 | 9,1 | 3,5 | 13,5 | 5,5 |
| 21.05 2.00-9,1 |  |  |  |  |
| 23.05 | 6,6 | 6,7 | 4,2 | 4,0 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисметаболическая энцефалопатия I. Астено-невротический с-м.

Окулист: VIS OD=0,9 OS=0,5 ; ВГД OD= 19 OS=21

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. ПМК Iст. СН1.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Ревматолог: Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН 0.

Гастроэнтеролог: Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м, ассоциирован с H-pylory. Полип антралного отдела желудка.

Аллерголог: Аллергический дерматит.

16.05.13ФГДЭС:недостаточность кардии катаральный эзофагит, хронический гастродуоденит, полип антрального отдела желудка, дуодено-гастральный рефлюкс.

16.05.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; изменений диффузного типа в паренхиме правой почки.

21.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,0 см3; лев. д. V =5,9 см3

По сравеннию с УЗИ от 05.12г размеры железы уменьшились, контуры ровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с прослойками фиброза. В пр. доле в н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,28\*0,85 см однородной структуры(кальцевая структура). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доле

Лечение: L-тироксин, аллезил, левонорм, В-клатенол, био-гая, вес-нол, аторвастатин, Лантус, Эпайдра, тиогамма турбо, солкосерил, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 100/60 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, ревматолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 5-7ед., п/о- 6-8ед., п/у- 5-7ед., лантус 22.00 -18 -19 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: тиотриазолин 200мг \*3р/д., тридуктан МВ 1т. \* 2р/д. Дообследование: ЭХО КС.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: билофбил форте 1т 2р/д, адаптол(афабазол) 1т 2-3 р/сут 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ контроль ч/з 2 мес. L-тироксин 100мкг/сут. ТАПБ с посл. конс. эндокринолога.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, В клатинол по 3т 2р/д утром и вечером 7 дней, био-гая 1к 1р/д 6 дней розжовывать во рту , 10 дней; вис-нол 1к 2р/д за 30 н до еды 2 нед, маалокс 1к \*3р/д через 30-40 ин после еды 2 недели, конс хирурга по м/ж.
9. Рек. ревматолога: ограничение физ нагрузки на суставы, протекон 1т 2р/д 2 мес, местно: бифлек крем 2р 10 дней.
10. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.