#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 945

##### Ф.И.О: Кущ Татьяна Андреевна

Год рождения: 1995

Место жительства: г. Запорожье ул. Гаврилова 7-212

Место работы: н/р, инв Ш гр с детства

Находился на лечении с 09.08.16 по 26.08.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Липоидный некробиоз правой голени. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. НЦД по смешанному типу СН 0. Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния в различное время суток, преимущественно в ночное время, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2009 была переведена на Лантус Эпайдра, в дальнейшем вновь переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 20ед., п/о-10 ед., п/у- 10ед., Протафан НМ, 22.00 – 21 ед. Гликемия –9-18 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г.Учаток липоидного некробиоза пр голени около 5 лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.08.16 Общ. ан. крови Нв – 132 г/л эритр – 4,0 лейк –7,1 СОЭ – 16 мм/час

э-2 % п- 1% с- 68% л- 25 % м- 4%

20.08.16 Биохимия: СКФ – 42,3мл./мин., хол – 5,4тригл -1,64 ХСЛПВП -1,4 ХСЛПНП -3,2 Катер -2,8 мочевина – 5,7 креатинин – 117,7 бил общ – 10,0 бил пр – 2,3 тим – 0,58АСТ – 0,48 АЛТ – 0,89 ммоль/л;

11.08.16 Глик. гемоглобин – 13,0%

20.08.16 Анализ крови на RW- отр

17.08.16ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 164,2(0-30) МЕ/мл

### 10.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,134 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. ед- в п/зр

11.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500эритр - 250белок – 0,432

12.08.16 Суточная глюкозурия – 2,2%; Суточная протеинурия – 0,368

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.08 |  |  |  | 8,0 | 4,3 |
| 11.08 2.00-12,8 | 4,3 |  |  |  |  |
| 14.08 | 13,9 | 19,6 | 8,5 | 5,8 | 5,7 |
| 18.08 | 15,4 | 10,3 | 5,8 | 12,5 | 9,3 |
| 19.08 | 15,5 | 8,6 | 11,4 |  |  |
| 21.08 | 16,5 |  | 7,7 | 6,1 |  |
| 22.08 | 11,9 | 5,9 | 8,3 | 6,7 | 9,0 |
| 25.08 | 13,6 | 7,5 | 4,7 | 4,3 | 5,6 |
| 26.08 2.00-3,8 |  |  |  |  |  |

25.08.16 5 стандартных проб - ДАНС , явные изменения.

22.08.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м

09.08.16Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

09.08.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена . Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

23.08.16Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0

22.08.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов снижен.

16.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V =6,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная, за счет кольцевых структур до 0,48 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Лантус, Эпайдра, нуклео ЦМФ, диалипон, витаксон.

Состояние больного при выписке: На фоне введения Актрапид, Протафан НМ достигнута субкомпенсация диабета, но сохраняется неустойчивая гликемия, периодически гипогликемические состояния. У пациентки на руках имеется Лантус, Эпайдра, настояла на их введение и подборе доз, утверждает что имеет их в достаточном количестве, в дальнейшем хочет приобретать самостоятельно. СД субкомпенсирован, исчезли гипогликемические состояния, уменьшились боли в н/к, прибавила в весе 2,5 кг. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 20-22ед., п/о- 10-12ед., п/уж 8-10 ед., Протафан НМ22.00 22-24 ед.

Инсулинотерапия по настоянию больной: Эпайдра (свой) п/з- 20-22ед., п/о-6-8 ед., п/уж -4-6 ед., Лантус (свой) п/з 26-28 ед.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д., ивабрадин 5 мг 1-2 р/д. Контроль АД, ЭКГ.
4. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: витаксон 1т 2р/д 1 ес, армадин лонг 300 мг\день 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.