#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1151

##### Ф.И.О: Опанасенко Лариса Александровна

Год рождения: 1965

Место жительства: г. Запорожье ул. Лобановского

Место работы: н/р

Находился на лечении с 26.09.16 по 06.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склоннгностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щит. железы Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 10 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, частые гипогликемические состояния преимущественно в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (без эффекта), назначена инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-12-14 ед., п/о- 6-8ед., п/у- 10-13 ед., Фармасулин НNР22.00 – 18-22 ед. Гликемия –18-3,0 ммоль/л. НвАIс – 7,7 % от 20.09.16. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к с начала заболевания. АИТ с 2011 АТТГ – 526 МЕ/мл (0-1000 АТТПО – 899 МЕ/мл ( 0-30), ТТГ – 1,5 ( 0,4-4,0) ММЕ/мл от 2015. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.09.16 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр –4,2 лейк –3,4 СОЭ – 3мм/час

э- 1% п- 0% с- 65% л- 32 % м- 2%

27.09.16 Биохимия: СКФ –79,4 мл./мин., хол –6,2 тригл -1,4 ХСЛПВП -1,02 ХСЛПНП – 4,5Катер – 5,0мочевина – 3,9 креатинин –82,4 бил общ – 11,0 бил пр –2,7 тим –2,4 АСТ – 0,26 АЛТ –0,72 ммоль/л;

27.09.16 Анализ крови на RW- отр

30.09.16ТТГ – 1,4(0,3-4,0) Мме/мл

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

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

29.09.16 Суточная глюкозурия – 1,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 30.09.16 Микроальбуминурия –80,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.09 | 12,9 | 14,5 | 11,0 | 9,1 | 8,3 |
| 29.09 | 14,0 | 9,7 | 8,4 |  |  |
| 03.10 | 9,7 | 3,3 | 9,1 | 7,1 | 5,9 |
| 05.10 |  |  |  | 3,8 |  |
| 06.10 2.00-9,3 | 11,3 |  |  |  |  |
| 07.10 | 10,8 | 7,9 | 9,9 | 4,6 | 4,4 |
| 08.10 2.00-3,2 | 10,6 |  |  |  |  |

26.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

26.09.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

26.09.16ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена. Диффузные изменения миокарда.

27.09.16Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 0.

27.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.09.16РВГ: Нарушение кровообращения справа – ст, слева N, тонус сосудов N.

04.10.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме по типу жировой дистрофии 1 ст, множественных конкрементов в желчном пузыре, облитерации, желчного пузыря, функционального раздражения кишечника, микролитов почках.

04.10.16 Нефролог: ХБП II , диабетчиеская нефропатия. Солеой диатез.

27.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1 см3; лев. д. V =5,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, тивортин, актовегин, Тожео, мильгамма.

Состояние больного при выписке: пациентка постоянно пользовалась Фармасулин Н, Фармасулин HNP. По данным выписных эпикризов 2013-2015 пациентку не удавалось компенсировать. По имеющимся данных глюкометра снижение гликемии в 2.00-3.00 до 2,9-3,7 моль/л, утром отмечалась гипергликемия. Прибавила в весе. Учитывая лабильное течение заболевания, необходимость многократных инъекция степень тяжести изменена на тяжелую. Учитывая вышесказанное переведена на аналоги: Тожео, Эпайдра (имелись на руках у пациентки). СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Эпайдра п/з-8-9 ед., п/о-8-10 ед., п/уж -4-6 ед., Тожео 22.00 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*2р/д., 3 нед затем тризипин 1000 мг 1р/д 1 мес, розувастатин 10 мг. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
12. Рек нефролога: наблюдение терапевта по м\ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии, УЗИ МВС 1-2р/год, канефрон 2т\* 3р/д 1 мес.
13. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
14. С учетом тяжелой формы ( лабильное течение заболевания) направить на ВКК по м\ж

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.