#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1746

##### Ф.И.О: Брушневская Людмила Вениаминовна

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Запорожье ул. Нагнибеды 11а - 46

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.12.17 по 22.12.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, и ацетонурии ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая ангиопатия сетчатки. Миопия слабой степени ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб II. Эутиреоз. ВСД, астеноневротический с-м Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, тошноту, частые гипогликемические состояния в разное время суток без предвестников, требующие посторонней помощи, увеличение веса на 1,5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, склонность к ацетонурии. Кома – гипогликемическая 15.10.17. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 16ед., п/о-6 ед., Инсуман Базал п/у-19 ед., Гликемия –2,6-12,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 03.2017г. АИТ с2008 принимала L-тироксин 50, в течение последнего года, заместительную терапию не принимает. ТТГ – 0,24 (0,4-4,0) от 10.03.17 Госпитализирована в связи с участившимися гипогликемиями, ацетонурией в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 12.12 | 120 | 3,6 | 4,0 | 12 | 1 | 1 | 60 | 37 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.12 | 52, | 6,2 | 1,84 | 2,0 | 3,35 | 2,1 | 5,1 | 107 | 12,4 | 2,9 | 2,2 | 0,34 | 0,33 |

12.12.17 Глик. гемоглобин -7,3 %

20.12.12Св.Т4 – 15,0 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/мл

12.12.17 К 4,65– ; Nа – 135 Са++ -1,1 С1 -101 ммоль/л

### 13.12.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –4+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 16.12.17 ацетон – отр

13.12.17 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.12.17 Микроальбуминурия –86,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.12 | 14,6 | 4,8 | 6,4 | 5,4 |  |
| 14.12 | 5,7 | 3,5 | 5,2 |  |  |
| 16.12 | 4,3 | 3,4 | 4,2 | 6,8 | 8,4 |
| 17.12 | 8,7 | 7,6 | 4,6 | 6,5 |  |
| 18.12 | 4,8 | 4,2 | 9,7 | 8,8 | 5,7 |
| 20.12 | 4,9 | 3,4 | 7,0 | 7,9 |  |
| 21.12 2.00-7,9 | 7,1 | 7,1 | 6,0 | 8,7 |  |

20.12.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). ВСД, астеноневротический с-м

18.12.17 Окулист: VIS OD= 0,4 сф + 1,0=1,0 OS= 0,4 сф + 1,0=1,0 ;

Гл. дно: суежны, расширены ,уплотнены, неравномерно полнокровны, с-м Салю ш ст В макуле без особенностей, Д-з: Диабетическая ангиопатия сетчатки. Миопия слабой степени ОИ.

07.12.17 ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

14.12.17 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I.

15.12.17 ЭХОКС: Эхопризнаки регургитации 1 ст на ТК, склеротических изменений створок МК, АК. Взаимоотношение камер сердца не нарушено. Систолическая функция левого желудочка сохранена.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

15.12.17-18.12.17 Суточное мониторирование глюкозы системой I pro : отмечалась тенденция к гипогликемическим сстояниям 16.12.17 с 1.00 до 7.00, 16.12.17 в11.00, 13.00 ~ 3,6 ммоль 64% показателей гликемии в пределах целевых занчений. 25% нижен 3,9, 11% выше 7,8.

21.12.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ЗББА справа 30-32%, слева 31-33%, ПББА справа 33-35%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.12.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст.

06.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,2 см3; лев. д. V = 13,4см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз гидрофильные очаги до 0,4 см. В левой доле несколько кольцевидных структур до 1,1 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, ваксикум, Левемир, ксилат, стеталь, атоксил, диалипон, тиворин, аторвакор

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипогликемические состояния купированы, уменьшились боли в н/к. АД 90/60 мм рт. ст. 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 Новорапид, Левемир

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Левемир 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: глицисед 1т 3р/д ,кардонат 1т 2р/д
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром, курсами. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: гамалате 1т 2р/д,., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., бифрен 1т3р/д.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. 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.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.