#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 64

##### Ф.И.О: Гудым Валентина Михайловна

Год рождения: 1967

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 15г/166

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 16.01.17 по 26.01.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гиперметропия слабой степени. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния. чаще в первой половине дня.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 8ед., п/о- 6ед., п/у-6 ед., Левемир 22.00 16 ед. Гликемия –3,0-12 ммоль/л. НвАIс -10,2 % от 06.10.16 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг. АИТ с 2014 АТТПО – 692 (0-30) от 01.2016 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.01.17 Общ. ан. крови Нв –135г/л эритр –4,0 лейк –6,7 СОЭ – 8 мм/час

э- 0% п-0% с- 78% л- 21 % м- 1%

17.01.17 Биохимия: СКФ –105,7 мл./мин., хол –4,22 тригл -1,23 ХСЛПВП – 1,18ХСЛПНП -2,5 Катер -2,6 мочевина –2,1 креатинин – 66,0 бил общ –12,0 бил пр –3,0 тим –1,6 АСТ – 0,39 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

20.01.17 ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл

17.01.17Глик гемоглобин – 8,9%

### 17.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

18.01.17 ацетон мочи 2++

19.01.17 ацетон мочи - отр

24.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

18.01.17 Суточная глюкозурия – 0,63%; Суточная протеинурия – отр

20.01.17 Микроальбуминурия –21,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.01 | 6,3 | 7,3 | 4,7 | 3,6 |
| 18.01 |  | 6,1 | 7,6 | 11,3 |
| 19.01 | 3,9 | 4,4 | 2,6 | 8,9 |
| 21.01 | 11,9 | 13,2 | 9,7 | 14,5 |
| 24.01 | 3,6 | 8,1 | 7,9 | 7,8 |
| 25.01 | 8,3 |  |  |  |

16.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

20.01.17Окулист: VIS OD= 0,5сф+1,25д=1,0 OS= 0,4+1,25д=1,0 ; ВГД OD= 20 OS=20

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены, умерено извиты, Салюс 1- II, вены полнокровны. Неравномерно калибра. единичные микроаневризмы. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гиперметропия слабой степени.

16.01.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

20.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

25.01.17ЭХО КС: КДР- 4,9см; КДО- 112мл; КСР- 3,2см; КСО- 42мл; УО- 70мл; МОК-5,96 л/мин.; ФВ- 62%; просвет корня аорты – 1,7см; ПЛП – 4,4 см; МЖП –0,8 см; ЗСЛЖ –0,8 см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты, МК. Митральная регургитация до 1 ст. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа, Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

2016.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.01.19 РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

16.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,4 см3; лев. д. V =7,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,45 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Левемир, диалипон турбо, витаксон, тивортин, ксилат, эналаприл, карведилол, атоксил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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 8-10 ед., п/о-6-8 ед., п/уж – 6-8 ед., Левемир 22.00 14-16ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Консультация ангиохирурга по м\ж
7. Рек. кардиолога: карведилол -25мг утр., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., престариум 5-10 мг веч. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: нейродар 500 мг в день 1 мес, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. 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 Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В