#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 337

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

Год рождения: 1962

Место жительства: . Запорожье ул. Нагнибеды 11а-56

Место работы: н/р

Находился на лечении с 06.03.17 по 20.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1.эутиреоз. Конъюнктивит OS. ангиопатия сетчатки ОИ. С-м ВСД. СН0. Солевой диатез.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 130/80 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, склонность к гипогликемическим состояниям.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Инсулин – 37,3 ( 2,6-24,9) С-пептид – 1,08 ( 1,1-4,4) от 11.03.13. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 40-42ед п/у 34 ед. Гликемия –3,1-24,0 ммоль/л. НвАIс – 7,1 % от 02.30.17. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к в течение 3х лет, АИТ с 2008, принимала L-тироксин 50 кг, в течение последнего года не принимает. ТТГ – 0,23 ( 0,4-4,0) от 02.03.17 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.03.17 Общ. ан. крови Нв – 120 г/л эритр –3,6 лейк –5,2 СОЭ –7 мм/час

э- 0% п- 0% с- 62% л- 32 % м- 6%

07.03.17 Биохимия: СКФ –52,2 мл./мин., хол –6,3 тригл – 0,8ХСЛПВП -2,3 ХСЛПНП -3,6 Катер -6,2 мочевина – 105,6 креатинин – 10,0 бил общ – 2,5 бил пр – 2,5 тим – 2,4 АСТ – 0,48 АЛТ – 0,33 ммоль/л;

02.03.17 Глик. гемоглобин – 7,1%

07.03.17 Анализ крови на RW- отр

10.03.17Св.Т4 - 18,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,24 ( 0,4-4,0)

09.03.17 С-пептид – 0,01 (1,1-4,4) нг/мл инсулин 18,06 – мкМЕ/мл

### 07.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

10.03.17 Суточная глюкозурия –отр ; Суточная протеинурия – отр

##### 10.03.17 Микроальбуминурия – 37,2мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.03 | 5,4 | 8,5 | 6,0 | 5,2 |  |
| 10.03 | 5,0 | 8,9 | 5,0 | 8,5 |  |
| 14.03 | 2,6 | 5,3 | 3,0 | 3,0 |  |
| 14.09 |  |  |  |  | 4,1 |
| 15.03 2.00-3,2 | 8,3 | 8,0 | 5,2 | 6,2 |  |

06.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5) хроническое течение.

17.03.17 Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,6

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Артерии сужены, извиты, вены уплотнены . Салюс I. . В макулярной области рефлекс сгалжен Д-з: Конъюнктивит OS. Ангиопатия сетчатки ОИ.

06.03.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

10.3.17Кардиолог: С-м ВСД

09.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

14.03.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст. Подагра 1 плсюнефалангового с-вов обеих кистей?.

16.03.17 Нефролог: ХБП II диаб. нефропатия, солевой диатез.

09.03.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

09.03.17Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева – 1,2. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

14.03.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше

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

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

Лечение: Инсуман Базал, тиоктацид, витаксон, ипигрикс, Инсуман Рапид,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 100/70 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: Инсуман Рапид п/з-10-12 ед., п/о- 8-10ед., п/уж -2-4 ед., Инсуман Базал п/у 12-14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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: наблюдение у врача невролога. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 2,5 мг утром курсами, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., 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: в OS медопрол 6р/д, униклофен 4р/д – 5-7 дней.
12. Рек нефролога контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в дианмике. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес. 3-4 курса в года.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В