#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 557

##### Ф.И.О: Водолазкая Елена Александровна

Год рождения: 1989

Место жительства: г. Бердянск ул. Италийская 96 - 47

Место работы: н.р

Находился на лечении с 17.04.18 по 24.04.18 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 2, NDS 2). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. НЦД по смешанному типу. Идиопатический пролапс митрального клапана 1 ст .СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, редкие гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Актрапид НМ, Протофан НМ С 2003 в связи с лабильным течение СД переведена на Новорапид, Лантус. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о-8 ед., п/у- 6ед., Лантус 22.00 16 ед . Гликемия –3-11 ммоль/л. НвАIс -7,7 % от 01.2018 . Последнее стац. лечение в 2018г. АИТ без увеличения щит железы с 1996 ТТГ – 5,7 от 04.2018. В настоящее время принимает эутирокс 100 мкг /сут., тотальная алопеция с детства. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 18.04 | 135 | 4,22 | 5,8 | 9 | | 170 | | 1 | 1 | 55 | 37 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.04 | 72 | 7,4 | 1,07 | 1,96 | 4,95 | | 2,8 | 5,05 | 92 | 15,1 | 3,8 | 3,3 | | 0,27 | 0,33 |

18.04.18 Глик. гемоглобин – 7,1%

20.04.18ТТГ – 2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

18.04.18 К –4,53 ; Nа – 139 Са++ -1,19 С1 -102 ммоль/л

### 18.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

20.04.18 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.04.18 Микроальбуминурия – 21,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.04 | 6,3 | 3,7 | 7,3 | 5,2 |  |
| 20.04 | 5,7 | 4,4 | 10,1 | 4,4 |  |
| 23.04 | 6,8 | 9,3 | 5,1 |  |  |
| 24.04 |  |  |  |  |  |

24.04.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2).

19.04.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии извиты, вены уплотнены, ед. микроаневризмы. В макуле без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

26.04.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу. Идиопатический пролапс митрального клапана СН 0.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.04.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

18.04.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

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

22.05.17УЗИ щит. железы: Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Лантус. эспа-липон, тивортин, витаксон, эутирокс.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о- 8-10ед., п/уж 6-8- ед., Лантус 22.00 16 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д дообследование ЭХОКС
9. Эспа-липон 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.
10. Рек. невропатолога: прегабален 75 мг веч 1 мес
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 100 мкг утром натощак за 30 мин до еды
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 Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.