#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1512

##### Ф.И.О: Кожухова Алена Ивановна

Год рождения: 1973

Место жительства: Приазовский р-н, пгт Приазовское ул. Володарского 9

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 13.11.18 по  23.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма.. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия СН0-1 . Нейропатия левого срединного нерва, умеренно выраженный болевой с-м, нейромышечный с-м. Остеоартроза левого плечевого сустава Ro1 НФС1. Приводящая контрактура левого плечевого сустава.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния в различное время суток, купируемые доп приемом пищи ,сухость во рту, мочеизнурение, боли в левом и правом подреберье после еды, вздутие живота после еды, периодически чувство тошноты, ухудшение зрения, боли, судороги и онемение в н/к, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, давящие боли за грудиной ,чувство нехватки воздуха, одышку при ходьбе, боли , нарушение функции в левой в/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. вплоть до ком, последняя в 2004. С начала заболевания инсулинотерапия.: Фармасулин Н, Фармасулин НNP, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В 2002 в связи с декомпенсацией СД переведена на на Актрапид НМ, Протофан НМ. В 2007 в связи с гипогликемическим состояниями переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-11 ед., п/о-10 ед., п/у-9 ед., Левемир 22.00 18-20 ед. Гликемия –3,5-12,9 ммоль/л. НвАIс – 7,8 % от 2018 . Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ с 2012 АТТПО – 225 МЕ/мл (0-30) АТТГ – 230 МЕ/л ТТГ (2017) – 1,6 Мме/мл ( 0,3-4,0) Повышение АД с 2016. 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 | | |
| 14.11 | 136 | 4,1 | 5,1 | 19 | |  | | 2 | 1 | 65 | 29 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.11 | 104 | 4,85 | 0,82 | 1,78 | 2,69 | | 1,7 | 4,9 | 73 | 10,0 | 2,1 | 3,2 | | 0,33 | 0,2 |

16.11.18 Глик. гемоглобин -7,8 %

16.11.18 мочевина – 295,2 (154-357) мкМоль/л. АСЛ-О колич – 73,7 (0-200) МЕ/мл. СРБ – 5,59 мг/л (0-5,0) Ревм-фактор 6,29 МЕ/мл (0-14,0)

16.11.18 ; ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/мл

14.11.18 К – 4,24 ; Nа – 138,2 Са++ -1,11 С1 -103 ммоль/л

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

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

15.11.18 Суточная глюкозурия –0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.11.18 Микроальбуминурия –51,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.11 | 4,1 | 3,3 | 3,7 | 5,6 |  |
| 18.11 2.00-6,5 | 5,0 | 10,4 | 9,1 | 2,6 | 7,6 |
| 22.11 | 5,9 | 4,5 | 3,8 | 6,3 | 7,6 |

21.11.18 Невропатолог: Нейропатия левого срединного нерва, умеренно выраженный болевой с-м, нейромышечный с-м Рек: келтикан 1т 3р/д, 1 мес, нейромидин 1т 3р/д 1 мес,

21.11.18 МРТ левого плечевого сустава: МРТ признаков патологии не выявлено

20.11.18 Окулист: VIS OD= 1,0-0,9 OS= 1,0 ;.

Гл. дно: сосуды сужены, извиты ,вены уплотнены, с-м Салюс 1 ст, микроаневризмы. Микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.11.18ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

19.11.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0-1 Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д

22.11.18 Травматолог: Приводящая контрактура левого плечевого сустава. Рек: конс проф. Головухи М.Л.

21.11.18 ЭХОКС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме, дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме

21.11.18 Ревматолог: Остеоартроз левого плечевого сустава Ro1 НФС1. Рек: хондросат 2,0 в/м через день № 20, хондрекс форте 1т 2р/д 2 мес, при болях рангелекс 200 мг 2р/д 10 дней, серрата 1т 3р/д 2 нед. лазеромагнитотрепия на плечевые суставы № 10, наблюдение семейного врача.

11.10.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

14.11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено 1 ст. 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.

20.11.18 На р-гр левого плечевого с-ва без костно-деструктивных изменений

13.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,1 см3; лев. д. V =9,5 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, армадин, луцетам, олфен, эспа-липон.

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, но сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, клинически их не ощущает, уменьшились боли в н/к, в левой в/к. АД 130/80 мм рт. ст. В связи с отсутствием стойкой компенсации, показан перевод на генно-инженерные инсулины, от чего пациентка отказалась, ознакомлена с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв согласна на софинансирование.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з11-13 ед., п/о 9-11 ед., п/уж 8-10 ед., Левемир 22.00 18-20 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.