#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1502

##### Ф.И.О: Яценко Виктория Яковлевна

Год рождения: 1965

Место жительства: г. Запорожье ул. Кузнецова 28- 83

Место работы: Запорожский территориальный центр соц. обслуживания, мл. медсестра.

Находилась на лечении с 12.11.18 по  23.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния чаше в ночное время, на фоне физ нагрузок днем, периодически сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, общую слабость, быструю утомляемость, ухудшение памяти, увеличение веса на 5 кг за год, судороги, онемение, снижение чувствительности и похолодание в н/к, отеки н/к к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. появилась сухость во рту, жажда, выраженную слабость, снижение массы тела на 20 кг за 2 года. Обратилась за мед помощью. Была выявлена гипергликемия 7,0-8,0 ммоль/л, ацетон мочи 1+. С-пептид -1,5 (1,1-4,4) от 25.12.12. В течение года принимала Диабетон MR 90 мг/сут, сиофор 1000 мг 2р/д – без эффекта. Комы отрицает. С 2013 на инсулинотерапии: Фармасулин НNP 2р/сут. В 2015 г. был добавлен Фармасулин Н 2р/сут, В 2017 в связи с частыми гипогликемиями. Фармасулин Н был отменен.. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 32ед., п/у- 12ед. Гликемия –2,4-11,0 ммоль/л. НвАIс – 10,9 % от 09.2018. Последнее стац. лечение в 12.2017 г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: АИТ, атрофическая форма с 1982, принимает L-тироксин 100/125 мкг через день. ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл от 17.07.18 в конце октября 2018 амбулаторно лечилась по поводу гайморита.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.11 | 142 | 4,3 | 3,6 | 20 | |  | |  | 2 | 53 | 43 | | 2 | | |
| 21.11 |  |  |  | 24 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.11 | 109,9 | 4,15 | 1,01 | 2,0 | 1,68 | | 1,0 | 3,7 | 58 | 25,8 | 4,9 | 2,7 | | 0,38 | 0,32 |
| 21.11 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,6 | 2,9 | 3,8 | | 0,4 | 0,24 |

13.11.18 Анализ крови на RW- отр

16.11.18 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

13.11.18 К – 4,17 ; Nа –137 Са++ -1,18 С1 -101 ммоль/л

### 13.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

14.11.18 Суточная глюкозурия – 1,94 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.11.18 Микроальбуминурия –57,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.11 | 6,4 | 7,2 | 12,9 | 11,5 |  |
| 16.11 3.00-3,6 | 12,8 | 6,3 | 15,3 | 14,1 |  |
| 19.11 | 10,7 | 14,1 | 12,6 | 13,5 | 11,7 |
| 20.11 | 9,2 | 12,2 | 13,3 | 7,1 | 3,1 |
| 21.11 | 11,0 | 9,9 | 11,9 | 4,3 | 9,7 |
| 22.11 | 9,7 | 10,0 |  | 14,0 | 16,5 |
| 23.11 |  |  |  |  |  |

16.11.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 .

Гл. дно: сосуды сужены ,вены неравномерного калибра, умеренно извиты ,с-м Салюс 1 ст. ангиослкероз. В макуле без особенностей. Ед. микроаневризмы Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.11.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

15.11.18Кардиолог: нуждается в до обследовании. ЭХОКС УЗД БЦА, суточный мониторинг АД.

13.11.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

13.11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II ст Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

12.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,0 см3; лев. д. V = 1,9 см3

Щит. железа меньше нормы. Контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с прослойками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, диалипон, нейрорубин, диалипон турбо, витаксон, тивортин,

Состояние больного при выписке: с учетом анамнеза, течения заболевания, диагноз СД «тип 2» изменен на «тип 1», во время пребывания в стацинаре у пациентки отмечались гипогликемические состояния в вечерние и ночные часы, к лечению добавлен Фармасулин Н, однако сохраняется неустойчивая гликемия в вечернее время. Пациентка нуждается в дальнейшей коррекции инсулинотерапии, однако настаивает на выписке по семейным обстоятельствам, о возможных осложнениях предупреждена. На фоне метаболической терапии несколько уменьшилось онемение н/к, общее состояние улучшилось.

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 32-34ед., п/уж -10-12 ед.,

Фармасулин Н п/з 4-6 ед, п/у 2-4 ед .

При сохраняющихся гипогликемических состояниях, неудовлетворительной компенсации СД повторная госпитализация для решения вопроса о замене режима введения или вида инсулинотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг вечер. Контр. АД.
4. Соблюдение рекомендаций кардиолога (см.выше)
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес, плестазол 100 мг 1т 1р/д длительно.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 100/125 мкг через день или 112,5 мкг утром. контроль ТТГ 1р в 6 мес
7. Контроль СОЭ в динамике через 1 мес.
8. УЗИ ОБП и МВС 1 раз в год
9. Б/л серия. АДЛ № 177880 с 12.11.18 по 23.11.18 к труду 24 .11.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.