#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 922

##### Ф.И.О: Пятницкая Элла Владимировна

Год рождения:1966

Место жительства: г. Запорожье, ул. Омельченко, 7, кв.48

Место работы: территориальный отдел образования Шевченковского района департамента образования и науки ЗГС.

Находился на лечении с 09.07.18 по 19.07.18 в диаб. 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. Миопия высокой степени, сложный миопический астигматизм ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ДЭП 1 ст, сочетанного генеза, церебрастенический с-м, вертеброгенная цервикалгия, мышечно-тонический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 3-4 кг за год, ухудшение зрения, онемение ног, шаткость при ходьбе, головокружение, отеки стоп, ощущение сердцебиение постоянного характера, вздутие живота после еды.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1987г во время беременности. С того же периода инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2011 Актрапид НМ заменен на Новорапид, В связи с отсутствием компенсации в 2017 в условиях эндокриндапснера переведена на Тожео в сочетании с Новорапидом. Течение заболевания лабильное ,частые гипогликемические состояния , вплоть до ком, последняя в 2016. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о- 8ед., п/у- 6ед., Тожео п/з 28-30 ед. Гликемия –4,0-12,0 ммоль/л. НвАIс -7,1 % от 01.07.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ, гипотиреоз с 2001. Принимает эутиркос 100 мкг/сут, ТТГ 01.2018 – 1,43 Ме/мл (0,3-4,0). 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 | | |
| 10.07 | 130 | 3,9 | 6,2 | 12 | |  | | 2 | 1 | 76 | 17 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 10.07 | 69,6 | 4,4 | 1,15 | 1,78 | 2,1 | | 1,5 | 2,0 | 90 | 13,2 | 3,0 | 3,6 | | 0,42 | 0,25 |

10.07.18 Глик. гемоглобин – 7,0%

10.07.18 Анализ крови на RW- отр

10.07.18 К – 4,94; Nа – 139, Са++ - 1,18; С1 – 99,7 ммоль/л

### 10.07.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м, лейк – 2-3 в п/зр, белок – отр, ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. – ед., уретральный –1-2 в п/зр, слизь +, соли – мочев. к-та.

17.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2000, эритр., белок – отр

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

##### 10.07.18 Микроальбуминурия – 12,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.07 | 7,2 | 6,3 | 2,9 | 7,7 |  |
| 12.07 | 8,4 | 7,2 | 6,3 | 2,5 | 5,8 |
| 13.07 | 4,8 | 5,1 |  |  |  |
| 17.07 | 8,3 | 7,3 | 4,3 | 6,6 |  |

13.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). ДЭП 1 ст, сочетанного генеза, церебрастенический с-м, вертеброгенная цервикалгия, мышечно-тонический с-м.

11.07.18 Окулист: VIS OD=0,1сф – 5,5цил – 1,5Дах 120=0,6 OS= 0,09 сф – 6,0 цил – 1,5 Дах =0,7 ;

Гл. дно: сосуды извиты, Вены неравномерного калибра, полнокровны, артерии суждены, микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. . Миопия высокой степени, сложный миопический астигматизм ОИ

09.07.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

12.07.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I.

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д 1 мес, ивабрадин 5 мг 2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

17.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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

13.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,2 см3; лев. д. V =3,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с прослойками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Тожео, тиогамма турбо, весел дфэ-ф, тивортин, крестор, бисопроолол, луцетам, нейрорубин, эутирокс..

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, гипогликемических состояний не отмечает. уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о-8-10 ед., п/уж – 6-8ед., Тожео п/з 30-32 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: крестор 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром.Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., весел дуэ-ф 1т 2р/д 2 мес, тивортин 1т 2р/д 1 мес.
9. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 1 мес, сермион 30 мг утр. 1 мес., МРТ ШОП в планом порядке.
10. Эутирокс 100 мкг/сут. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Б/л серия. АДЛ № 177627 с 09.07.18 по 19.07.18 к труду 20.07.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.