#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 708

##### Ф.И.О: Потип Наталья Александровна

Год рождения: 1993

Место жительства: г. Запорожье ул. Товарищеская 39-64

Место работы: ЧАО КБ Приватбанк, агент РП, инв Ш гр

Находился на лечении с 21.05.18. по 01.06.18 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 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Липоидный некробиоз. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ. СВД астеноневротический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Метаболическая кардиомиопатия СНI.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, гипогликемические состояния в ночное время суток без предвестников, купирует приемами еды.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. Ранее принимала Актрапид НМ, Протафан НМ. В.2016 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 18ед., п/о- 12ед., п/у-10 ед., Левемир 22.00 26 ед Гликемия –2,0-16 ммоль/л. НвАIс – 7,3 % от 12.04.18 С 29.03.18-11.04.18 на базе кафедры общей практики семейной медицины «ДЗ ЗМАПО МОЗ» проведено суточное мониторирование глюкозы системой Free Style. При анализе 14 дневного мониторирования обращает внимание наиболее значимые и длительные гипогликемии с 3.00 до 6 .00 (29.03.18, 05.04.18, 06.04.18, 09.04.18) - графики прилагаются. Липоидный некробиоз с 2005 АИТ с 2016. 04.2018 ТТГ – 1,4 ( 0,3-4,0) АТТПО – 75,0 ( 0-30). Последнее стац лечение 04.2018 прошла лечение препаратами а-липоевой кислоты, витамины гр В, витаксон. Госпитализирована в обл. энд. диспансер повторно с целью решения вопроса предупреждения ночных гипогликемических состояний..

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 22.05 | 146 | 4,4 | 4,8 | 10 | |  | | 0 | 1 | 52 | 45 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 22.05 | 109 | 6,5 | 1,19 | 2,1 | 3,85 | | 2,1 | 4,8 | 68 | 11,5 | 2,6 | 1,35 | | 0,43 | 0,61 |

22.05.18 К –4,79 ; Nа – 139 Са++ -1,11 С1 - 105 ммоль/л

### 23.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

24.05.18 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.05.18 Микроальбуминурия –27,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.05 |  |  |  | 8,1 | 6,2 |
| 22.05 2.00-9,0 | 7,0 | 6,3 | 3,2 | 5,4 |  |
| 24.05 4.00-3,7 | 7,1 |  |  | 5,4 | 6,5 |
| 25.05 2.00-4,4 | 8,1 | 4,0 | 4,4 | 3,4 |  |
| 26.05 2.00-4,2 | 7,3 | 6,1 |  | 12,7 |  |
| 27.05 2.00-9,2 | 7,5 | 5,4 | 5,8 | 8,1 |  |
| 28.05 2.00-7,2 | 5,6 |  | 9,1 | 5,9 |  |
| 30.05 6.00-4,2 | 5,6 | 7,3 | 3,7 | 6,0 |  |
| 31.05 |  |  | 5,6 |  |  |

24.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). СВД астенический с-м. Рек. невропатолога: бифрен 1т 2р/д 1 мес, актовегин 10,0 в/в кап, келтикан 1т 3р/д, преп. а-липоевой к-ты 600 мг/сут.,

24.05.18 Окулист: VIS OD= 0,2сф- 1,5=1,0 OS= 0,2сф-1,5=1,0 ; Гл. дно::V 1:2 вены широкие, уплотнены, сосуды извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

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

17.04.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI.

23.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

22.05.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к . Липоидный некробиоз н/к

22.05.18ВГ: Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена. Нарушение кровообращения справа 1 ст. слева II ст

24.05.18 Комиссионно, учитывая частые гипогликемические состояния в ночное время суток без предвестников, подтвержденные данными суточного мониторирования, переведена на инсулин Тресиба.

10.2017УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,8см3; лев. д. V =3,3 см3

Перешеек – 0,31см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура мелкозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Тресиба, Левемир,

Состояние больного при выписке: после перевода на инсулин Тресиба состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, гипогликемические состояния не зафиксированы.

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 <5,6ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-14 ед., п/о-10-12 ед., п/уж -8-10 ед., Тресиба п/у 22 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Б/л серия. АДЛ № 177540 с 21.05.18. по 01.06.18 к труду 02.06.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.