#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1302

##### Ф.И.О: Опанасенко Лариса Александровна

Год рождения: 1965

Место жительства: г. Запорожье ул. Валерия Лобановского 7-19

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находилась на лечении с 05.10.18 по  16.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложнённая катаракта ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. остаточные явления переферического правостороннего неврита VII пары. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния в различное время суток, купируемые доп приемом пищи.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Фармасулин НNP, Фармасулин Н ). С 2014 в связи с лабильным течением заболевания , гипогликемическиими состояниями была переведена на аналоги: Эпайдра, Тожео. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о- 12-14ед., п/у- 12-14ед., Тожео 22.00 30-32 ед Гликемия – 3,1-13,0ммоль/л. НвАIс -8,7 % от 09.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 2-3 лет. Из гипотензивных принимает лозап плюс 1т. АИТ выявлен в 2014 АТТПО – 526 МЕ/мл(0-30) от 2012, ТТГ – 1,2 Мме/мл ( 0,3-4,0) от 2012 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 | | |
| 08.10 | 133 | 4,0 | 5,3 | 15 | |  | | 1 | 0 | 53 | 44 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 08.10 | 93,8 | 6,8 | 2,22 | 0,99 | 4,79 | | 5,8 | 4,7 | 67 | 12,9 | 3,3 | 3,96 | | 0,11 | 0,32 |

### 09.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

10.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - белок – отр

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

##### 11.10.18 Микроальбуминурия –61,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.10 | 8,4 | 3,5 | 4,7 | 11,5 |
| 10.10 | 5,4 | 8,6 | 10,4 | 4,6 |
| 15.10 |  | 5,9 | 8,3 |  |

2017г.Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. остаточные явления переферического правостороннего неврита VII пары.

09.10.18 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,8

Гл. дно: вены широкие, неравномерного калибра, Салюс 1- II ст, артерии сужены, сосуды умеренно извиты, ед. микроаневризмы. В хрусталиках уплотнения. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ.

05.10.18.ЭКГ: ЧСС -58 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена .Гипертрофия левого желудочка. АВ-блокада 1 ст.

09.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

Выберите элемент.

12.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к Снижено 1 ст с обеих сторон 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 нарушена.

05.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,8 см3; лев. д. V =5,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, весел –дуэ ф, мильгамма, лозап, розукард,

Состояние больного при выписке: Гликемия нормализовалась,гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к. АД120/80 мм рт. ст. В связи с неудовлетворительной компенсацией (Глик.гемоглобин 8,7% от 09.2018) предложен перевод на генно-инженерные виды инсулина, от чего категорически отказывается, согласна на софинансирование. Пациентка ознакомлена 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. 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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о-12-14 ед., п/уж -12-14 ед., 22.00 Тожео 30 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. Вессел дуэ Ф 1к\*2р-1-2мес , мильгамма 1т.\*3р/д ,1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек.окулиста:визилотон 1 кап\*2р/сут в оба глаза

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.