#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1262

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

Год рождения: 1993

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

Место работы: ПАО КБ Приватбанк, агент ГРУ, инв Ш гр

Находился на лечении с 18.10.16 по 08.11.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Астеноневротический с-м. Метаболическая кардиомиопатия. ПМК СН 0. Липоидный некробиоз обеих голеней.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния в разное время суток до 3 р в нед. общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г (с 9 летнего возраста). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Протафан НМ, п/з-18 ед., п/у- 22ед., Актрапид НМ п/з 12 ед, п/о – 10 ед, п/у 8 ед. Гликемия –2,0-15,0 ммоль/л. НвАIс – 6,6 % от 13.10.16. Последнее стац. лечение в 04.2016г (энд. отд 4-й гор. больницы). Боли в н/к в течение 8 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.10.16 Общ. ан. крови Нв –132 г/л эритр –3,9 лейк – 6,1 СОЭ –24 мм/час

э- 1% п 3% с- 50% л- 42% м- 4%

20.10.16 Биохимия: СКФ –105,8 мл./мин., хол –5,5 тригл – 1,15ХСЛПВП -1,83 ХСЛПНП -3,14 Катер -2,0 мочевина – 2,3креатинин –67,3 бил общ –11,2 бил пр – 2,8тим – 1,4 АСТ 0,19 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

### 20.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

##### 28.10.16 Микроальбуминурия – 52,7мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.10 |  | 8,9 | 2,9 | 3,5 |  |
| 20.10 | 4,0 | 7,9 | 4,1 | 5,2 | 4,5 |
| 21.10 2.00-2,6 | 7,8 |  |  |  |  |
| 23.10 | 7,8 | 2,6 | 2,2 | 6,7 | 6,2 |
| 24.10 2.00-4,2 | 10,9 |  |  |  | 3,2 |
| 25.10 2.00-7,8 | 5,0 | 8,6 | 7,0 | 4,2 | 4,7 |
| 26.10 2.00-3,8 | 6,4 | 11,8 | 5,7 17.55-2,9 | 6,4 | 2,8 |
| 27.10 0.00-3,2 2.00-6,9 | 7,9 | 9,5 | 4,8 | 5,8 |  |
| 28.10 | 14,6 |  |  |  |  |
| 29.10 |  |  | 4,8 17.30-3,5 | 7,0 | 10,1 |
| 30.10 2.00-4,5 3.30-3,5 | 12,3 | 10,4 | 4,6 | 7,6 |  |
| 31.10 2.00-3,9 | 14,9 |  |  |  |  |
| 03.11 2.00-5,0 | 9,6 | 9,0 | 2,6 | 5,6 |  |
| 04.11 | 10,4 | 11,5 | 6,1 | 6,8 |  |
| 06.11 | 8,5 | 4,0 | 3,9 | 6,3 |  |

27.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

27.10.16Окулист: VIS OD= 0,3 с кор 1,0 OS= 0,4 с кор 1,0

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

18.10.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

26.10.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. ПМК СН 0.

31.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,2см3; лев. д. V =3,7 см3

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

24.10.16 совместный осмотр с нач. медом Костиной Т.К.: Учитывая лабильность диабета показана установка суточного мониторирования гликемии (система IPro)

25.10.16 9.00- с пациенткой проведена беседа, взято информированное согласие, установлена система IPro.

28.10.16 Заключение суточного мониторирования глюкозы (система IPro)25.10-27.10: у больной отмечается гипергликемия после завтрака, в течении дня гликемия в пределах допустимых значений. В ночное время отмечается гипогликемические состояния зафиксированные в графике.

02.11.16 совместный осмотр с гл. врачом Черниковой В.В., нач медом Костиной Т.К. зав. отд. Фещук И.А. : Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Левемир + Актрапид НМ.

07.11.16 Совместный осмотр с нач. медом Костиной Т.К: Достигнута компенсация СД на фоне применения инсулина Левемир + Актрапид НМ. Гликемия в пределах допустимых значений, ночные гипогликемии не фиксированы. Рекомендовано продолжить данную схему инсулинотерапии. Плановая выписка на 08.11.16

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Левемир.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-18-20 ед., п/о- 12-14ед., п/уж -6-8 ед., Левемир 22.00 18-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*2р/д., 2-3 нед. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап № 10., атаракс 1т на ночь 1 мес, витаксон 2,0 в/м № 10
10. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
11. Б/л серия. АГВ № 2354 с 18.10.16 по 08.11.16. К труду 09.11.16.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.