#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 744

##### Ф.И.О: Никитенко Виктория Анатольевна

Год рождения: 1995

Место жительства: г. Запорожье ул Украинская 61/58

Прописан Черниговский р-н,с. Новоказанковатое ул. Молодежная 27.

Место работы: н/р инв II гр

Находился на лечении с 18.05.17 по 30.05.17 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 3, NDS 3), хроническое течение. ВСД перманентного характера ,цефалгический с-м. венозная дисгемия. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. НЦД по смешанному типу . СН 0.

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2010 в связи с лабильным течением, частыми гипогликемическими и кетоацидотическими состояниями переведена на Лантус, Эпайдра В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о- 10ед., п/у- 8ед., Лантус 22.00 – 16 ед. Гликемия –2,2-9,0 ммоль/л. НвАIс - 7,7% от 10.06.16 . Последнее стац. лечение в 2016г. Непереносимость диалипона, эспа-липона, зуд кожи, тошнота, головная боль. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 19.5 | 130 | 3,9 | 3,0 | 10 | 1 | 0 | 64 | 33 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.05 | 74,8 | 6,1 | 2,61 | 0,85 | 4,1 | 6,2 | 4,3 | 90,2 | 9,8 | 2,4 | 2,9 | 0,27 | 0,32 |

19.05.17 Глик. гемоглобин – 8,7%

### 19.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ед в п/зр

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

22.05.17 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.05 | 8,8 | 5,9 | 5,3 | 4,1 |
| 24.05 | 4,6 | 5,6 | 6,9 | 6,9 |
| 28.05 | 8,8 | 7,5 | 2,7 | 4,1 |
| 29.05 |  |  | 7,2 (глюкометр) |  |

23.05.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение. ВСД перманентного характера ,цефалгический с-м. венозная дисгемия.

18.05.17 ЭКГ: ЧСС – 70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

22.05.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу . СН 0.

Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

220.5.17 ЭХОКС: Эхопризнаки регургитации 1 ст на ТК. Взаимоотношение камер сердца не нарушено, Систолическая функция ЛЖ сохранена.

22.05.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

19.05.17 РВГ: объемное пульсовое наполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра левой н/к незначительно снижен. Периферическое сопротивление н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов.

Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий: Эхопризнаки метаболической ангиопатии. Гемодинамимически значимой асимметрии кровотока ВЯВ (38%) дистонического типа венозного оттока в ВЯВ с двух сторон.

29.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V = 5,4 см3

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиогамма, тивортин, витаксон, эльцет, нормовен,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям в течение дня, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-8-10 ед., п/о- 8-10ед., п/уж -8-10 ед., Лантус 22.00 16-18 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Тивортин 1л 2р\д 1 мес. витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, нормовен 1т 2р\д до 2 мес, армадин лонг 300 мг 1р\д 1 мес.
8. 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.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В