#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1416

##### Ф.И.О: Тронова Екатерина Викторовна

Год рождения: 1983

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чаривная 157-25

Место работы: АО «Мотор Сич» , инженер, инв Ш гр

Находился на лечении с 29.10.18 по  09.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. АМК с сохраненным циклом по типу гиперменореи. НЦД по смешанному типу. СН0. Хронический гастродуоденит, стадия нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на периодически гипогликемические состояния в различное время суток, купируемые дополнительным приемом пищи (до 2р/нед) сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, давящие боли за грудиной, тупые ноющие боли в эпигастральной области натощак, периодически после еды ,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. (с 12 лет), С того же времени инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2007 в связи с гипогликемическими состояниями переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-12 ед., п/о- 8ед., п/у-12 ед., Левемир 22.00 – 15 ед. Гликемия –2,0-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. В анамнезе хр. гастродуоденит, хр. панкреатит. 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 | | |
| 30.10 | 108 | 4,28 | 4,4 | 6 | |  | | 2 | 1 | 57 | 35 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 30.10 | 57,1 | 4,49 | 0,83 | 1,77 | 2,33 | | 1,5 | 2,9 | 122 | 9,1 | 2,0 | 3,2 | | 0,12 | 0,16 |
| 07.11 | 93,8 |  |  |  |  | |  | 3,0 | 74 |  |  |  | |  |  |

30.10.18 Анализ крови на RW- отр

01.11.18 Железо – 3,7 мксоль/л (10,7-32,2)

08.11.18 Глик гемоглобин – 7,2%

02.11.18ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

30.10.18 К –4,54 ; Nа –140 Са++ -1,14 С1 - 103 ммоль/л

### 30.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед эпит. перех. -ед в п/зр

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

31.10.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 31.10.18 Микроальбуминурия –94,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.10 | 6,5 | 3,3 | 5,7 | 2,8 | 5,0 |
| 02.11 | 8,9 | 4,1 | 4,5 | 4,3 | 8,9 |
| 06.11 | 9,7 | 8,9 | 13,1 | 5,2 | 5,9 |
| 07.11 2.00-7,5 | 7,1 |  |  |  |  |
| 08.11 | 4,7 | 4,9 | 10,9 | 5,0 | 3,4 |
| 09.11 2.00-10,6 |  |  |  |  |  |

2017Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

01.11.18Окулист: Гл. дно: сосуды сужены ,извиты, вены уплотнены, микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.10.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

31.10.18 гинеколог: АМК с сохраненным циклом по типу гиперменореи. ФКМ? ГЭ?

05.11.18 Кардиолог: НЦД по смешанному типу

07.11.18. ЭХОКС: Умеренно повышен градиент на АК. Раскрытие створок достаточное. Шум функционального характера. Патологических токов крови в области перегородок не выявлено. Сократительная функция не нарушена. Кровоток в брюшном отделе аорты пульсовой. Преобладание камер сердца нет. Жидкости в полости перикарда нет. продольная деформация 15,5%, циркулярная в базальных отделах 19,5 области верхушки 21,5. Средней глобальный стрейн ЛЖ 18,4.

30.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

30.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Справа, слева – снижено 1 ст Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

07.11.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования подж. железы;

29.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V = 4,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, диалипон турбо, витаксон, эссенциале, актовегин, гино-тардиферон, этсет.

Состояние больного при выписке: Гликемия неустойчивая, сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям. уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

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 < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-12-14 ед., п/о 8-10 ед., п/уж -10-12 ед., Левемир 22.00 16-18 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: АТФ лонг 20 мг 3р/д 10 дней.
9. Анализ крови на сывороточное железо.
10. Дообследование у гастроэнтеролога по м/ж.
11. Рек гинеколога: сдать гормональный профиль, УЗИ ОМТ, молочных желез.
12. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
13. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
14. Б/л серия. АДЛ № 177845 с 29.10.18 по 09.11.18 к труду 10.11.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.