#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 982

##### Ф.И.О: Мичкурова Надежда Анатольевна

Год рождения: 1971

Место жительства: Михайловский р-н, с. Старобогдановка ул. Мира 25

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 24.07.18 по  03.08.18 в диаб. 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 6, NDS 6). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с хроническим пиелонефритом в стадии обострения. Артериальная гипертензия 1 ст. Осложнённая катаракта, миопический астигматизм ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СНI. ДЭП 1 ст, сочетанного генеза. Вестибуло атактический с-м.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 1-2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, шаткость при ходьбе, ощущение сердцебиений постоянного характера, одышку при ходьбе, периодически боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. в кетоацидотическом состоянии. С того же времени инсулинотерапия: принимала различные виды инсулина. Длительно пользовалась Актрапид НМ, Протафан НМ. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы – 1996, 1998, 1999, 2015, 2016 дважды. В связи с частыми гипогликемическими состояния в 2009 Актрапид НМ заменен на Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з-12 ед., п/о- 6ед., п/у- 4ед., Протафан НМ 22.00 -22ед Гликемия –1,5-22,0, ммоль/л. НвАIс – 11,6 % от 03.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. С 06.2016 хронический пиелонефрит. В анамнезе хронический гастрит, 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 | | |
| 25.07 | 105 | 3,29 | 6,7 | 52 | |  | | 2 | 1 | 52 | 42 | | 3 | | |
| 03.08 | 114 | 3,54 | 8,4 | 42 | |  | | 2 | 1 | 64 | 31 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 25.07 | 81 | 5,99 | 1,34 | 2,16 | 3,21 | | 1,7 | 6,3 | 70 | 11,4 | 2,6 | 3,1 | | 0,78 | 0,8 |

25.07.18 Глик. гемоглобин – 10,2%

25.07.18 К – 4,1 ; Nа –141 Са++ - 1,18С1 - 101 ммоль/л

### 25.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,79 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - ед в п/зр

30.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 212000 эритр - белок – отр

03.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 4500 эритр -250 белок – 0,039

26.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 1,0

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.07 | 3,7 | 2,0 | 8,0 | 6,5 | 8,1 |
| 26.07 | 4,7 | 6,6 |  |  |  |
| 30.07 | 10,9 | 11,2 | 12,0 |  |  |
| 31.07 |  | 8,4 |  |  |  |
| 01.08 | 6,5 | 3,9 | 1,9 | 5,4 |  |
| 02.08 |  |  | 5,5 | 4,1 |  |
| 03.08 |  | 5,5 |  |  |  |

26.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДЭП 1 ст, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Рек: МРТ головного мозга, УЗДС МАГ, актовегин 10,0 в/в № 10, нуклео ЦМФ 1т 3р/д, параплексин 1,0 4,5% в/в, неогабин 75 мг веч.

26.07.18 Окулист: VIS OD= 0,5сф – 0,75=0,5-0,6 OS= 0,4сф – 0,5=0,6 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Сосуды широкие, извиты, стенки вен уплотнены, утолщены, В макулярной области без особенностей. ДЗ: осложнённая катаракта, миопический астигматизм ОИ.

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

26.7.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI. САГ 1 ст

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

25.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

25.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Нарушение кровообращения справа 0 II ст, слева Ш ст.

03.08.18 нефролог: ХБП 1 ст, диабетическая нефропатия в сочетании с хроническим пиелонефритом в стадии обострения. Артериальная гипертензия .

26.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы

24.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4см3; лев. д. V =4,3 см3

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

Лечение: Новорапид, Протафан НМ, бисопролол, асафен, норфлоксацин, флуконазол, папаверин, анальгин, фенигидин, глюкоза 40%.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к неустойчивой гликемии, гипогликемическим состояниям. 01.08.18 в 16.00 развилось гипогликемическое состояние, гликемия в 16.00 1,9 ммоль/л. в/в введена 40% глюкоза. Общее состояние улучшилось, сохраняются боли в стопах Боли в поясничной области не беспокоят, уменьшилась лейкоцитурия. АД 120/70 мм рт. ст. Пациент ознакомлен 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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 8-10ед., п/о- 4-6ед., п/уж -4-6 ед., Протафан НМ 22.00 20-22 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. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек нефролога: продолжить норфолоксацин 400 мг 2р/сут до 7-10 дней. затем канефрон 2т 3р/д в течение 1 мес контроль ан. мочи в динамике

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.