#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1030

##### Ф.И.О: Подриз Маргарита Романовна

Год рождения: 1993

Место жительства: г. Запорожье ул. Цюрупы 29

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находилась на лечении с 06.08.18 по  16.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).Синдром вегетативной дисфункции, цефалгический с-м. Метаболическая кардиомиопатия. Пролапс митрального клапана I ст. СН 0.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, гипогликемические состояния в дневное время до 1 раза в неделю, боли в н/к распирающего характера, онемение в I п.правой стопы, периодически нечеткость зрения, пониженное АД 90/60 мм.рт.ст, периодически учащенное сердцебиение, головокружение на фоне приема кораксана.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. в кетоацидотическом состоянии. Течение лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Актрапид НМ, Протофан НМ. В связи с частыми гипогликемическими состояниями в 2013 в ЗОЭД была переведена на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12-14ед., п/о-14-16 ед., п/у- 10-12ед., Левемир 22.00 16-18 Гликемия –2,5-15,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2017г. В анамнезе хр.пиелонефрит, ПМК I ст. 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 | | |
| 07.08 | 142 | 4,3 | 4,2 | 5 | |  | | 2 | 1 | 63 | 31 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 07.08 | 88,5 | 6,1 | 1,27 | 1,75 | 3,8 | | 2,4 | 2,9 | 81 | 17,12 | 4,2 | 3,9 | | 0,5 | 0,37 |

07.08.18 Глик. гемоглобин – 7,2%

07.08.18 Анализ крови на RW- отр

07.08.18 К – 4,15 ; Nа – 143,4 Са++ -1,16 С1 - 101,3 ммоль/л

### 07.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

##### 09.07.18 Микроальбуминурия –44,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.08 |  |  |  |  | 12,6 |
| 07.08 | 4,8 | 2,7 | 4,1 | 7,2 | 15,0 |
| 08.08 | 7,5 | 8,5 |  |  |  |
| 09.08 | 8,1 | 10,4 | 4,2 | 8,9 | 14,8 |
| 10.08 | 10,7 |  |  |  |  |
| 12.08 | 7,5 | 13,2 | 15,2 | 10,9 | 8,2 |
| 13.08 | 8,6 |  |  |  |  |
| 15.08 | 7,4 | 4,6 | 3,5 | 6,8 | 5,4 |
| 16.08 | 6,1 |  |  |  |  |

10.08.18 стандартных проб. : ДАНС, выраженные изменения.

09.08.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). СВД, цефалгический с-м. Р-но: МРТ ГМ, УЗДС МАГ планово, актовегин 10,0 в/в, нуклео ЦМФ 1 т 3р/д 1 мес, вит.гр.В по схеме, бифрен 1 к 3р/д1 мес

09.08.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0.

Гл. дно: А:V 2:3 сосуды умеренно расшиерны, извиты, вены уплотнены. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

06.08.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

08.08.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0. ПМК 1 ст. Р-но: ЭХО-КС,5 ст.проб, тризипин лонг 100 мг 1т 3р/д 2-4 нед

14.05.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

06.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1см3; лев. д. V =6,7 см3

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

Лечение: Левемир, новорапид, нуклео ЦМФ, нейробион,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, несколько уменьшились боли в н/к, сухость во рту не беспокоит, гипогликемические состояния не отмечаются, гликемия в пределах целевого уровня. АД 120/80 мм рт. ст. Пациентка ознакомлена с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» , предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации HbA1c >7,5%.

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- 11-13ед., п/уж – 10-12 ед.,

Левемир п/з 10 ед в 22.00 8-10 ед.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 5 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога( см.выше)
5. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг вечером под контр. АД.
6. Диалипон 600 мг утром 2-3 мес., нуклео ЦМФ 1 т 3р/д-1 мес, бифрен 1 к 3р/д 1 мес

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.