#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1099

##### Ф.И.О: Русяева Юлия Константиновна

Год рождения: 1982

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи, ул. Новая, 21 а, кв. 15

Место работы: н/раб., инв. III гр.

Находился на лечении с 21.08.18 по 31.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН I.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния, преимущественно в ночное время, до 3-х раз в нед., купирует приемом сладкого. сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 12 кг за год, ухудшение зрения ОИ, боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение чувствительности ног, сердцебиение постоянного х-ра, одышку при ходьбе, ноющие боли в сердце.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996 г. при обращении к врачу по поводу прогрессирующей потери веса, жажды. С того же времени инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. Течение заболевания лабильное, частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 12 ед., п/о- 6 ед., п/у- 7 ед., в 22.00 Протафан НМ 9-12 ед. Гликемия –2,5-12 ммоль/л. НвАIс - 7,3% от 11.2017 . Последнее стац. лечение в 2016 г.

Повышение АД в течение 1 года. Из гипотензивных принимает небивалол, каптопрес.

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 | | |
| 22.08 | 120 | 3,6 | 3,6 | 16 | |  | | 2 | 1 | 63 | 31 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 22.08 | 73 | 5,04 | 2,82 | 1,7 | 2,05 | | 2 | 6,2 | 96 | 20,9 | 4,4 | 3,4 | | 0,31 | 0,94 |

22.08.18 Глик. гемоглобин – 8,8%

22.08.18 Анализ крови на RW- отр

22.08.18 К – 4,64; Nа – 137; Са++ -1,16; С1 - 99 ммоль/л

### 22.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015; лейк – 1-2-3 в п/зр; белок – отр; ацетон –отр; эпит. пл. - ед; слизь, мочевая к-та.

27.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000; белок – отр

23.08.18 Суточная глюкозурия – 2,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.08.18 Микроальбуминурия –54,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.08 | 14,3 | 8,2 | 5,9 | 15,8 | 12,2 |
| 23.08 2.00-9,7 | 12,9 |  |  |  |  |
| 26.08 | 12,8 | 9,7 | 3,1 | 8,9 | 5,9 |
| 27.08 2.00-7,0 |  |  |  |  |  |
| 28.08 | 12,7 |  |  |  |  |
| 29.08 | 10,2 | 6,4 | 6,5 | 7,6 | 8,3 |
| 30.08 2.00-7,4 | 10,0 |  |  |  |  |
| 31.08 | 10,1 |  |  |  |  |

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

22.08.18 Окулист: VIS OD, OS в линзах -3,75 Д = 1,0 Гл. дно: Сосуды умеренно сужены, извиты,. Вены неравномерного калибра, уплотнены. Салюс I-II. микроаневризмы, точечные геморрагии. Макула OD сглажена. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ.

31.08.18 ЭКГ: ЧСС -77 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый,

23.08.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН I.

22.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

30.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

21.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6 см3; лев. д. V = 5,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, Эхогенность и эхоструктура обычные.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Диалипон турбо, мильгамма, ивабрадин, предуктал MR.

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась в течение дня, но сохраняется утренняя гипергликемия, гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к, сердцебиение АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 77 уд/мин. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» в связи с использованием пенфильных форм инсулинов.

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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 12-14 ед., п/о- 4-6 ед., п/уж -5-7 ед., в 22.00 Протафан НМ 14-16 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Рек. кардиолога: ивабрадин 5 мг 2 р/д, предуктал MR по 1 т 2р/д, нолипрел форте 1 т утром. Контроль АД, ЭКГ.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.