#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 874

##### Ф.И.О: Попытайленко Александра Олеговна

Год рождения: 1997

Место жительства: г. Энергодар ул. Советская 41-23

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 26.06.18 . по  09.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим, кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая автономная нейропатия, кардиоваскулярная форма . Метаболическая кардиомиопатия СН0-I.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение АД макс. до 90/60 мм рт.ст., головные боли, головокружение, учащённое сердцебиение, гипогликемические состояния, практически ежедневно при постоянном соблюдении режима диетотерапии, выраженные боли в н/к, жжение кожных покровов.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимала Актрапид НМ, Протафан НМ. В течение 2х лет во врем учебы в России переведена на Левемир, Актрапид НМ . С 28.03.18 по 11.04.18 стац лечение в энд отд . ГБ г. Волгоград (выписной эпикриз № 7261 прилагается), пациентка была переведена на инсулин Хумолог. С 25.06.18 в связи с отсутствием инсулина хумолог самостоятельно приобрела Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з 20 ед, п/о 20 ед, п/у 20 ед. Левемир п/з 20 ед. 22.00 – 20 ед. В течение 2х лет инсулин Левемир пациентка приобретает самостоятельно. Гликемия –2,0-15 ммоль/л. НвАIс – 17,9 % от 03.2018. Последнее стац. лечение в 2016г. 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 | | |
| 27.06 | 151 | 4,5 | 3,8 | 19 | |  | | 1 | 0 | 48 | 49 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 27.06 | 114 | 4,6 | 1,74 | 1,29 | 2,5 | | 2,5 | 3,7 | 67 | 10,7 | 2,7 | 1,89 | | 0,49 | 0,45 |

06.06.18 Глик. гемоглобин – 8,8%

27.06.18 Св.Т4 - 1,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,12 (0,3-4,0) Мме/мл

АТ ТГ - 5,0 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО –2,0 (0-30) МЕ/мл

27.06.18 К –3,64 ; Nа –134 Са++ -1,24 С1 -99,4 ммоль/л

### 26.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

29.06.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 29.06.18 Микроальбуминурия – 23,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.06 |  |  |  | 5,9 | 6,9 |
| 27.06 |  | 6,1 | 5,8 | 7,0 | 12,6 |
| 28.06 | 9,9 | 3,9 | 6,0 | 4,6 | 13,8 |
| 30.06 2.00-6,7 | 7,3 | 5,4 |  | 3,6 |  |
| 02.07 |  | 4,1 | 4,1 | 3,2 | 6,4 |
| 04.07 2.00-10,3 | 2,2 | 4,4 |  | 5,4 |  |
| 05.07 2.00-2,9 |  | 7,7 | 4,4 | 4,9 | 9,1 |
| 06.07 2.00-10,6 | 5,6 | 4,5 | 11,7 | 4,8 | 8,1 |
| 07.07 2.00-10,0 | 6,1 | 4,7 | 3,9 | 5,3 | 7,5 |
| 08.07 2.00-8,7 | 4,2 | 5,8 | 7,6 |  |  |

03.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Выраженный болевой с-м. ДДП ПКОП, люмбалгия, мышечно-тонический с-м, болевой с-м.

06.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6).

05.07.18 Окулист: Оптические среды прозрачны. На гл дне без особенностей.

29.06.18 ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

09.07.18 ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

02.06.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0-I.

02.07.18 ЭХОКС: систолическая и диастолическая функция миокарда ЛЖ не нарушена. АК з створчатый, функции АК не изменена соотношение камер сердца не нарушено.

03.07.18ЭНМГ на момент обследования выявлены признаки дистальной мотосенсорной полинейропатии н/к, смешанного характера, ( коксонально-демилизирующий) с большей заинтерисованность н/б нервов с акцентом справа.

27.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено 1 ст с о беих сторон.. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

05.07.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст .

29.06.18 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

26.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0 см3; лев. д. V =6,5 см3

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

Лечение: Левемир Новорапид, эспа-липон, тивортин, нуклео ЦМФ, витаксон, персен, лилика, предуктал MR, кветирон, тиоктацид, кораксан.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась на фоне проведенной коррекции схемы инсулинотерапии, уменьшения дозы инсулина , уменьшились боли в н/к, сохраняется жжение кожных покровов. АД 100/60 мм рт. ст. ЧСС 90-100 уд/мин Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» Пациентка категорически отказалась от изменения вида инсулина, настояла на применении инсулина Новорапид.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога 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-10-12 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -6-8 ед., Левемир 22.00 24-26 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Тиоктацид 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.
8. Рек. невропатолога: лирика 150 мг 2р/д, амитриптилин 1/2т веч, келтикан 1т 3р/д. осмотр невропатолога по м/ж, через 1 нед, с целью решения вопроса дальнейшей терапии.
9. Рек кардиолог: ивабрадин 5 мг 2р/д, предуктал MR 1ь 2ор/д,
10. 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.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.