#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 892

##### Ф.И.О: Максимова Лариса Александровна

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Запорожье ул. Космическая 78а кв 155

Место работы: н/р,

Находился на лечении с 03.07.18 . по  16.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ДЭП 1 ст, церебрастенический с-м. НЦД по смешанному типу. СН 0

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 5-7ед., п/о-8-10 ед., п/у-5-6 ед., Инсуман Базал 22.00 14ед. Гликемия –2,5-9-12 ммоль/л. НвАIс - 8,8% от 01.2018. 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 | | |
| 04.07 | 135 | 4,1 | 6,5 | 8 | |  | | 1 | 1 | 71 | 26 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.07 | 63,2 | 4,0 | 1,0 | 1,85 | 1,69 | | 1,1 | 4,7 | 99 | 15,0 | 3,8 | 2,4 | | 0,49 | 0,2 |

04.07.18 Глик. гемоглобин -9,0 %

04.07.18 К –4,32 ; Nа –136,3 Са++ -1,11 С1 -102 ммоль/л

06.07.18 Т4св – 1,05 нг/дл, ТТГ - 0,59 мкМЕ/мл ( 0,3-4,0

### 04.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

05.07.18 Суточная глюкозурия –2,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 07.07.18 Микроальбуминурия –34,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.07 | 12,7 | 19,0 | 9,8 | 2,7 |  |
| 05.07 | 10,1 |  | 11,3 | 8,9 |  |
| 06.07 | 9,3 | 11,9 | 7,8 | 6,8 |  |
| 09.07 | 14,2 | 19,2 | 5,5 | 6,3 | 5,0 |
| 10.07 | 9,4 | 7,0 | 6,0 | 12,2 |  |
| 11.07 | 11,1 | 6,1 | 10,7 | 11,1 |  |
| 12.07 2.00-8,7 | 7,4 | 12,6 | 8,6 | 3,1 |  |
| 13.07 | 11,3 | 11,6 | 5,6 | 8,2 |  |
| 14.07 | 4,3 | 7,0 |  |  |  |

10.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст, церебрастенический с-м.

06.07.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: сосуды слегка извиты. в макуле без особенностей.

03.07.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

06.07.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу. ПМК ? СН 0

04.07.18РВГ: 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 в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена

12.07.18 Дупл. сканирование артерий н/к : Эхопризнаки диабетической ангиопатии артерий н/к.

13.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

03.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7 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, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, тиоктацид, тивортин, витаксон, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась на фоне проведенной коррекции инсулинотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Актрапид НМ , Протафан НМ

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: Актрапид НМ п/з- 10-12ед., п/о-10-12 ед., п/уж -6-8 ед., Протафан НМ 22.00 16-18 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. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, кардонат 1т 2р/д 1 мес.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. 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.
10. Рек. невропатолога: бифрен 1т 3р/д 1 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.