#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 931

##### Ф.И.О: Риндич Алена Михайловна

Год рождения: 1995

Место жительства: Вольяннский р-н, с. Гнаровское, ул Мира 3

Место работы: Петропильский НВК , учитель

Находился на лечении с 10.07.18 по  20.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. НЦД по смешанному типу СН 0.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г в кетоацидотическом состоянии. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-10 ед., п/о- 10ед., п/у-10 ед., Инсуман Базал 22.00 – 35 ед. Гликемия – 5-12ммоль/л. НвАIс – 7,5 % от 07.03.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован 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 | | |
| 11.07 | 130 | 3,9 | 8,2 | 25 | |  | | 2 | 2 | 66 | 29 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.07 | 119 | 5,4 | 1,9 | 1,88 | 1,64 | | 1,8 | 3,3 | 75 | 12,7 | 3,2 | 3,0 | | 0,39 | 0,18 |

11.07.18 К – 3,78 ; Nа –132 Са++ - 1,13С1 -104,6 ммоль/л

### 11.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - ед в п/зр

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

12.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 13.07.18 Микроальбуминурия –26,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.07 |  |  | 3,1 |  |  |
| 11.07 | 6,6 | 8,6 | 5,6 | 3,4 |  |
| 13.07 | 6,6 | 6,1 | 4,6 | 8,4 |  |
| 16.07 | 10,7 | 10,2 | 4,4 | 4,5 |  |
| 17.07 | 14,6 |  |  | 8,3 | 7,8 |
| 18.07 | 8,3 | 4,3 | 3,5 | 5,0 |  |
| 19.07 | 10,7 | 4,5 |  |  |  |
| 20.07 2.00-7,4 | 9,5 |  |  |  |  |

16.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2).

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Выберите элемент. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

16.07.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0.

17.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.07.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к .

21.07.18 8РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

16.07.18 Дупл. сканирование артерии н/к: Эхопризнаки начальных проявлений диабетической микроангиопатии артерий н/к.

16.07.18 УЗИ Вен н/к. Гулбокие вены ОБВ, ГБВ, ПБВ, ПклВ, глубокие вены голени все доступном визуализации протяжении , не расширены, сжимаемы при компрессии, стенки обычной эхогенности, проходимы, кровоток слабофазный с 2 сторон. Внутрипросветных образований не выявлено.

10.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V =5,9 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, тиолипон, витаксон, энап,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется повышение гликемии в утренние время, в связи с семейными обстоятельствами пациентка настаивает на выписке из отделения. АД 130/70 мм рт. ст.

Пациентка ознакомлена с тем, что инсулин Инсуман будет выпускаться в картриджах, согласна на со финансирование. (согласно постанове КМУ № 239 от 29.03.16).

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 <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-10-12 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -8-10 ед., Инсуман Базал 22.00 34-36 ед. Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.
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: небивалол 2,5 мг 1р/д
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. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т 3р/д 1 мес.
11. Б/л серия. АДЛ № 1776 с 10.07.18 по 20.07.18 к труду 21.07.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.