#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 943

##### Ф.И.О: Цымбалиста Анастасия Григорьевна

Год рождения: 1993

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Новософиевка ул. Первомайская 38а

Место работы: н/р

Находился на лечении с 16.07.18 по  25.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. НЦД по смешанному типу. с-м укороченного PQ. СН0.

Жалобы при поступлении на, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, периодические гипогликемические состояния в дневное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 01.2016 в кетоацидотическом состоянии. Ургентно госпитализирована в ОИТ ЗОЕД. Постоянно инсулинотерапия Инсуман Рапид, Инсуман Базал.. Комы отрицает. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 8-10ед., п/о-10 ед., п/у- 8-10ед., Инсуман Базал 22.00 – 12 ед. Гликемия –8-10 ммоль/л. НвА1с от 05.2018 – 6,2%. Последнее стац. лечение в 2017г. АТПТО – 71,6 Ме/мл. 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 | | |
| 17.07 | 128 | 3,6 | 3,5 | 8 | |  | | 1 | 1 | 63 | 33 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.07 | 98 | 4,2 | 0,7 | 1,4 | 2,4 | | 2,0 | 4,1 | 78 | 11,8 | 2,7 | 4,3 | | 0,1 | 0,22 |

17.07.18 ТТГ – 0,95 (0,3-4,0) Мме/мл

17.07.18 К –4,29 ; Nа – 140 Са++ 1,18- С1 -104 ммоль/л

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

19.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр -250 белок – отр

20.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.18 Микроальбуминурия – 42,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.07 2.00-4,7 | 6,3 | 8,6 | 5,3 | 10,2 | 7,3 |
| 23.07 | 5,1 | 9,3 | 8,4 | 6,7 |  |
| 24.07 |  | 6,3 |  |  |  |

27.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). СВД, цефалический с-м.

17.05.18 Окулист:. А:V 1:2 артерии сужены, вены уплотнены. В макулярной области без особенностей.

16.07.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

18.07.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу . с-м Укороченного PQ.

Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*2р/д 3 нед., Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

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

17.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 .

18.07.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон.. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6 см3; лев. д. V =4,9 см3

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

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, диалипон, пирацетам

Состояние больного при выписке: За период стац лечения дозы инсулина. оставлены прежние, гипогликемических состояний не отмечалось. Уровень гликемии соответствует целевым значениям. Уменьшились боли в н/к АД 120/80мм рт. ст.

Пациент ознакомлен с тем, что инсулины Инсуман будут выпускаться в картриджах, согласен 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 <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-8 ед., п/о- 10ед., п/уж -10 ед., Инсуман Базал 22.00 12 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. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,
9. Рек невропатолога: МРТ головного мозга, УЗД МАГ. ЭНМКГ н/к в плановом порядке. Лечение: нейротропин 4,0 /в № 10. Нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.