#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 979

##### Ф.И.О: Незжалая Анастасия Дмитриевна

Год рождения: 1997

Место жительства: г. Запорожье ул. Мечникова 38-16

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 23.07.18 по  01.08.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. СВД цефалгический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 16-18ед., п/о- 18ед., п/у- 18ед., Протафан НМ п/з 16 ед, 22.00 – 16 ед. Гликемия –2,7-29 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. 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 | | |
| 24.07 | 133 | 4,33 | 5,1 | 20 | |  | | 2 | 0 | 53 | 43 | | 2 | | |
| 30.07 | 151 | 4,59 | 8,5 | 25 | |  | | 1 | 1 | 59 | 34 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.07 | 88 | 3,56 | 1,14 | 1,27 | 1,76 | | 1,8 | 2,5 | 97 | 14,4 | 2,9 | 1,9 | | 1,1 | 0,42 |
| 30.07 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,4 | 2,8 | - | | 0,28 | 0,51 |

24.07.18 Глик. гемоглобин – 12,2%

24.07.18 Св.Т4 - 15,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ –1,7 (0,3-4,0) Мме/мл

АТ ТГ - 20 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО –53,3 (0-30) МЕ/мл

24.07.18 К – 4,57 ; Nа – 133 Са++ -1,12 С1 -100 ммоль/л

30.07.18 АЧТЧ – 28,6 МНО 1,05 ПТИ 96 фибр 3,8

### 25.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

25.07.18 Суточная глюкозурия –0,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.07.18 Микроальбуминурия –41,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.07 |  |  | 4,7 | 3,8 |  |
| 24.07 | 163 | 11,8 | 56 | 4,0 |  |
| 25.07 2.00-12,3 | 12,2 | 11,1 | 2,5 | 3,8 | 5,5 |
| 26.07 | 9,9 | 9,3 | 4,3 | 6,3 | 9,7 |
| 27.07 2.00-12,7 | 10,9 | 8,,3 | 3,4 | 15,5 | 14,1 |
| 28.07 2.00-6,7 | 17,5 | 11,2 |  | 6,2 |  |
| 29.07 2.00-7,2 |  |  |  |  |  |
| 30.07 | 10,2 | 8,6 | 6,0 | 6,7 |  |
| 31.07 2.00-8,4 |  |  |  |  |  |
| 01.08 2.00-4,9 | 8,0 |  |  |  |  |

24.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). СВД цефалгический с-м.

26.07.18 Окулист: VIS OD= 0,3сф – 2,0д=1,0 OS= 0,3сф – 2,0=1,0 .

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды извиты, Вены полнокровны. Миопия слабой степени ОИ

24.07.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

25.07.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI.

26.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

31.07.18 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия

24.07.18РВГ: 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 умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

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

23.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8см3; лев. д. V = 5,5см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, предуктал MR, эспа-липон, тиворин, витаксон

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, общее состояние улучшилось , уменьшились боли в н/к. Пациентка в связи с семейными обстоятельствами настаивает на выписке из отделения. О возможных осложнения предупреждена, имеется подпись в истории больной. АД 120/70 мм рт. ст.

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: Актрапид НМ п/з-16-18 ед., п/о-12-14 ед., п/уж -12-14 ед., Протафан НМ 22.00 30-32ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная консультация в КУ «ОКЭД» ЗОС, для решения вопроса о дальнейшей тактики инсулинотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д 3 мес.
4. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
5. Эспа-липон 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.
6. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 1 мес., МРТ головного мозга, УЗД МАГ в плановом порядке.
7. Рек нефролога: контроль ан. крови, мочи, показетлей азотемии в динамике, УЗИ контроль 1-2 р/год.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Гл. врач Черникова В.В.