#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 957

##### Ф.И.О: Разина Эльвира Валерьевна

Год рождения: 1996

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 7,

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.07.18 по  30.07.18 в диаб. 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 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1. Миопия слабой степени ОИ. Миопический астигматизм. Липоидный некробиоз обеих голеней.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение пальцев стоп, гипогликемические состоянии 1р/мес преимущественно в ночное время, липоидный некробиоз обеих голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. после перенесенного ОРВИ, появилась сухость, жажда, рвота, при обследовании сахар крови – 32 ммоль/л, кетоацидотическое состояния, Госпитализирована в стационар ЗОДБ, назначен Актрапид НМ, Протафан НМ но, в связи с гипогликемическими состояниями, в 2006 переведена на Лантус Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о- 12ед., п/у- 10ед., Лантус 22.00 – 26 ед. Гликемия –13 ммоль/л. НвАIс -14 % от 05.2018. Липоидный некробиоз с 2017. 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 | | |
| 18.07 | 125 | 3,8 | 9,1 | 31 | |  | | 1 | 1 | 55 | 39 | | 4 | | |
| 26.07 |  |  |  | 30 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.07 | 75 | 4,6 | 2,1 | 1,1 | 2,5 | | 3,2 | 6,5 | 105 | 8,9 | 2,1 | 3,7 | | 0,5 | 0,44 |

23.07.18 общий белок – 64,4 г/л

18.07.18 Глик. гемоглобин -12,5 %

20.07.18 ТТГ – 1,41 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –10,0 (0-30) МЕ/мл

18.07.18 К – 4,58 ; Nа – 139 Са++ -1,2 С1 -103 ммоль/л

19.07.18 Проба Реберга: креатинин крови- 92 мкмоль/л; креатинин мочи- 8800 мкмоль/л; КФ- 70,2мл/мин; КР- 99,0 %

### 18.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,390 ацетон –отр; эпит. пл. – 4-5; эпит. перех. -1-2 в п/зр

20.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 250 белок – 0,029г/л

19.07.18 Суточная глюкозурия – 2,07 %; Суточная протеинурия – 0,342 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.07 | 9,9 | 11,7 | 15,3 | 9,5 | 6,4 |
| 19.09 2.00-5,4 | 6,1 | 10,5 | 3,4 | 6,8 |  |
| 21.07 | 4,7 | 4,1 | 3,0 | 4,0 |  |
| 23.07 |  |  | 4,4 |  |  |
| 24.07 | 10,7 | 7,8 | 2,8 | 13,1 |  |
| 26.07 | 8,1 | 3,8 | 11,3 | 5,4 |  |
| 28.07 | 8,7 | 4,2 | 8,0 | 4,1 |  |

14.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Рек: неогабин 75 мг 2р/ мес, актовегин 10,0 в/в № 10, нуклео ЦМФ 1т 3р/д

23.07.18 Окулист: VIS OD=0,6 OS=0,2-0,3сф – 0,75д=0,6

Гл. дно: сосуды широкие, умеренно извиты, вены утолщены. В макуле без особенностей. Д-з: Миопия слабой степени ОИ. Миопический астигматизм.

17.07.18 ЭКГ: ЧСС – 100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

20.07.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1

Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1 мес, тиотриазолин 200 мг 1т 3р/д, 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ.

21.07.18 ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

18.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

24.07.18 Нефролог: ХБП Ш ст.: диаб. нефропатия. Рек: контроль ОАК, мочи в динамике, УЗИ почек 1-2 р/год. канефрон 2т 3р/д 1 мес.

18.07.18 Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

20.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; застоя желчи в желчном пузыре, функционального раздражения кишечника.

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

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, диалипон, нуклео ЦМФ, бисопролол, торадив, мильгамма

Состояние больного при выписке: Гликемия натощак не достигнута целевых значений, что связано с менструальным циклом (в настоящее время). Уменьшились боли в н/к АД 120/80 мм рт. ст. Гипогликемических состояний не отмечалось. Пациентка ознакомлена с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» В связи с высоким глик гемоглобином, предложен перевод на генно-инженерные виды инсулинов от перевода отказалась. Проведена коррекция инсулина.

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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-12 ед., п/о-10 ед., п/уж -10 ед., Лантус 22.00 26 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
6. 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.
7. Рек нефролога: Контроль ОАК, мочи в динамике, УЗИ почек 1-2 р/год. канефрон 2т 3р/д 1 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.