#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 942

##### Ф.И.О: Маловичко Наталья Ивановна

Год рождения: 1984

Место жительства: г .Запорожье ул. Строителей 15/19

Место работы: ЗОДА – главный специалист общего отдела.

Находился на лечении с 16.07.18 по  03.08.18 в энд. отд. (ОИТ19.07.18-30.07.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, , тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим, кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Метаболическая кардиомиопатия миграция водителя ритма, наджелудочковая экстрасистолия. СН 0. Вагинит

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение., гипогликемические состояния 2-3 р/нед чаще в ночное время суток с последующей утреней гипергликемией, ацетонурией.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у-12 ед., Лантус 24- 26 ед. Гликемия –2,5-20 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Ухудшение состояния в течение последних 6 мес, когда участились гипогликемические состояния в связи с чем самостоятельно уменьшала дозу инсулина. АИТ без увеличения объема щит железы. Эутиреоз с 2014 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 95,9 (0-30) 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 | 157 | 4,7 | 5,9 | 8 | |  | | 1 | 2 | 60 | 32 | | 5 | | |
| 23.07 | 149 | 4,98 | 8,6 | 7 | |  | | 2 | 2 | 67 | 24 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.07 | 93 | 4,7 | 1,25 | 1,07 | 3,1 | | 3,4 | 6,0 | 86 | 15,4 | 3,2 | 3,6 | | 0,12 | 0,26 |
| 23.07 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 14,1 | 3,5 | 3,4 | | 0,28 | 0,33 |

24.07.18 Амилаза 30,3

22.07.18 Глик. гемоглобин – 10,1%

24.07.18 Гемогл – 151 ; гематокр – 0,48 ; общ. белок – 65 г/л; К – 4,0 ; Nа –134 ммоль/л

18.07.18 ТТГ – 0,81 (0,3-4,0) Мме/мл

17.07.18 К – 4,43 ; Nа – 139 Са++ -1,17 С1 - ммоль/л

23.07.18 К – 4,44 ; Nа – 138 Са++ -1,08 С1 - 97 ммоль/л

26.07.18 К – 4,42 Na – 140

30.07.18 К – 4,3 Na – 144,2

### 17.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

22.07.18 ацетон 3+

С 28.07.18 аетон - отри

23.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500эритр - белок – отр

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

19.07.18 Суточная глюкозурия – 3,76%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.18 Микроальбуминурия –33,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.07. | 10,3 | 14,0 | 10,0 | 7,5 |  |
| 19.07 | 8, | 9,5 | 10,9 | 11,4 | 6,2 |
| 21.07 | 11,0 | 10,3 | 12,4 | 4,5 |  |
| 22.07 | 7,7 | 12,1 | 9,0 | 4,8 |  |
| 24.07 2.00-9,1 | 11,2 | 5,7 | 8,9 | 9,9 | 6,0 |
| 26.07 2.00-10,6 | 11,0 | 11,2 | 7,1 | 6,8 |  |
| 27.07 2.00-9,2 | 6,6 | 8,0 | 6,8 | 7,6 |  |
| 29.07 2.00-6,2 | 6,6 | 4,3 | 8,8 | 9,5 |  |
| 30.07 2.00-11,0 | 4,6 | 9,3 | 3,4 | 7,1 |  |
| 31.07 2.00-7,2 | 6,8 | 8,8 | 3,5 | 8,2 |  |
| 01.08 2.00-9,3 | 3,3 | 5,5 | 4,7 | 5,9 |  |
| 02.08 2.00-8,7 | 3,3 | 4,3 | 7,6 | 6,5 |  |
| 03.08 2.00-9,6 | 3,6 |  |  |  |  |

19.07.18, 03.08.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 0).

17.07.18 Окулист: Оптические среды прозрачны. Гл. дно: А:V 1:2 сосуды умеренно извиты, расширены ,вены уплотнены. В макуле без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

19.7.18 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый брадикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

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

31.07.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия миграция водителя ритма, наджелудочковая экстрасистолия. СН 0.

22.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

01.08.18 Гинеколог: вагинит.

02.08.18 Холтеровское мониторирование ЭКГ: длительность наблюдение 22 ч 57 мин. На фоне синусового ритма с ЧСС от 47 до 136уд. ( ср ЧСС 66 уд/мин) выявлены следующие нарушения ритма: 1) 840 одиночных предсердных экстрасистол, 2) 33 случая парных предсердных случаев экстрасистол. 3) 62 эпизода предсердного ритма продолжительность до 1 минуты. Ишемические изменения сегмента СТ не зарегистрированы.

26.01.18 МРТ признаки гипоплазии прозрачной перегородки, единичного полипа левой верхнечелюстной пазухи. При МР ангиографии артерии головного мозга признаки патологической извитости шейных сегментов ВСА. МР данных за наличие очаговой и объемной патологии голоного мозга на момент осмотра не выявлены.

23.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

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

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

Лечение: Новорапид, тресиба, предуктал MR, диалипон, трисоль, реосорбилакт Эпайдра, Лантус, атоксил, актовегин фуросемид, Актрапид НМ, витаксон, стеатель, тиотриазолин, энтеросгель, новопасит, лесфаль, аспакам, ксилат, глюкоза 5%,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» .

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога 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: Новорапид п/з-8-10 ед., п/о-4-8 ед., п/уж -6-8 ед., Тресиба 22.00 28-30 ед.
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: тиотриазолин 200 мг 3р/д 1 мес, предуктал MR 1т 2р/д 2-3 мес, контрль АД, ЧСС ЭКГ.
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: ЭНМГ в планом порядке, повторный осмотр . Нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек гинеколога: повторный осмотр с результатами мазков.
13. Б/л серия. АДЛ № 1776 с 16.07.18 по 03.08.18 к труду 04.07.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Гл. врач Черникова В.В.