#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 231

##### Ф.И.О: Крутько Елена Николаевна

Год рождения: 1971

Место жительства: К-Днепровский р-н, К-днепровская , ул. 50л Октября

Место работы: н/р

Находилась на лечении с 15.02.18 по 01 .03.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия СН0. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст. смешанного ґенеза (дисметаболическая, сосудистая) церебрастенический с-м. Миома матки.

Жалобы при поступлении на сухость во рту вечером, гипогликемические состоянии преимущественно в 1-й половине дня и на фоне физических нагрузок, эпизодические ночные гипогликемии, общая слабость, утомляемость, ухудшение зрения, боли в н/к, онемение, парастезии ног, головные боли, головокружение при перемене положения тела, учащенное сердцебиение на фоне эмоц. перенапряжения.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. появились диаб жалобы, отмечала снижение масы тела, при обследовании выявлена гипергликемия 14 ммоль/л. Течение лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з10 ед., п/о-14 ед., п/у-6-7ед., Протафан НМ 20.00 – 30 ед. Гликемия –2,4-18 ммоль/л. НвАIс -12,3 % от 07.02.18. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: резекция кисты пр яичника 2007, флебэктомия пр. н/к . В анамнезе аллергические реакции на эспа-липон, берлитион ( отек Квинке).

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.02 | 138 | 4,34 | 6,9 | 12 | 0 | 2 | 62 | 28 | 8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.02 | 76 | 6,0 | 1,35 | 1,94 | 3,44 | 2,1 | 7,0 | 88 | 9,7 | 2,4 | 2,2 | 0,1 | 0,19 |

16.02.18 К – 4,83 ; Nа – 137 Са++ - 1,19С1 - 102 ммоль/л

19.02.18АЧТЧ МНО 0,95 ПТИ 107,4 Фибр 2,9

### 20.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

21.02.18 Суточная глюкозурия – 2,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.02.18 Микроальбуминурия –50 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.02 | 8,0 | 7,5 | 7,8 | 8,8 |  |
| 17.02 | 10,0 | 11,2 | 5,8 | 7,7 |  |
| 18.02 2.00-9,4 | 8,4 |  |  |  |  |
| 20.02 2.00-9,2 | 10,8 | 14,4 | 7,6 | 12,7 | 12,5 |
| 21.02 2.00-11,8 | 11,3 | 6,9 | 6,6 | 11,8 | 12,6 |
| 22.02 2.00-7,9 | 12,6 | 13,2 |  |  |  |
| 23.02 | 8,6 | 11,7 | 3,7 | 5,8 |  |
| 25.02 | 5,5 | 9,7 | 4,4 | 14,9 | 15,2 |
| 26.02 2.00—13,2 | 10,7 | 4,4 |  | 11,3 | 16,1 |
| 27.02 | 10,3 | 13.00-13,6 | 7,9 | 12,4 |  |
| 28.02 2.00-8,4 | 4,9 | 3,5 | 10,5 |  | 13,0 |
| 01.03 | 12,6 |  |  |  |  |

20.02.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст. смешанного генеза церебрастенический с-м. Рек: неогабин 75 мг, липоевая кислота 600 мг/сут, церебролизин 10,0 в/в.

26.02.18 Окулист: VIS OD=0,6 OS= 0,6-07 ; Гл. дно: А:V 2:3 Сосуды извиты, начальный ангиосклероз вены уплотнены, ед. друзы, микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.02.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

26.02.18Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН0.

28.02.18 Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН0.

Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1 мес, ивабрадин 5 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

26.02.18 Гинеколог: миома матки. Киста левого яичника. Рек УЗИ молочных железы, УЗИ ОМТ, СА 125, НЕ4, ROMA, повторный осмотр

27.02.18 5 стандартны проб: ДАНС, выраженные изменения.

19.02.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек Этсет 20 мг, плетол 100 длительно

19.02.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

16.02.18 Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,15 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

23.02.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки деформайции, застойных изменений в желчном пузыре, диффузных изменений поджелудочной железы, микролитовв обеих почках.

26.02.18 УЗИ ОМТ и М/Ж: эхопризнаки лейомы матки, фиброзно-кистозной мастопатии, фиброаденомы левой молочной железы, незначительной дуктэктазии обеих молочных желез.

15.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,6 см3; лев. д. V = 5,8 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, этстет 20, весел дуэ ф в/в, нуклео ЦМФ в/м , нейробион 30 в/м, неогабин 75, вазопростан 20 мкг в/в.

Состояние больного при выписке: У пациентки сохраняется неустойчивая гликемия в течение дня. Отмечаются гипогликемические состояния во 2 половине дня. Гипергликемию 28.02.18 после ужина связывает с погрешностью в питании, утром 01.03.18 отмечала легкое гипогликемическое состояние, купировала приемом сладкого, от дальнейшей коррекции и смены вида инсулинотерапии в настоящее время отказывается, отмечается некоторое уменьшение болей в н\к, пациентка не критична к собственному снижению памяти.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с <7,0-7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-12-14 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -4-6 ед., Протафан НМ 20.00 32-34 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: этсет 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5-5 мг утром под контролем АД
8. Соблюдение рекомендаций кардиолога, гинеколога см выше
9. Неогабин 75 мг 1т 2р/д, келтикан 1к 3р/д 1 мес. нейрокабал 1т 2р\д 1 мес кванил 500 мг 1р/д 1 мес
10. При отсутствии компенсации повторная госпитализация для подбора инсулинотерапии и рассмотрение вопроса о замене вида инсулина.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.