#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1019

##### Ф.И.О: Петрова Лариса Анатольевна

Год рождения: 1995

Место жительства: Токмакский р-н, . Токмак ул. Огородная 103

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 17.07.17 по 21 .07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1 ст. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз клинически.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в дневное время на фоне физ нагрузок и в вечернее время ежедневно, участившиеся в течение последних двух месяцев, учащенное сердцебиение, снижение веса на 8 кг за 1 мес на фоне сниженного аппетита, похолодание в н/к, судороги, головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. 3 ода назад тяжеля гипогликемия – вводилась глюкоза ( со слов). Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В 06.2017 находилась в РФ, ургентно поступила в ОИТ в г. Подмосковье в связи с кетоацидотическим состоянием ( выписку не предоставила). В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-7 ед., п/о-7 ед., п/у- 6-7ед., Протафан НМ 22.00 – 9 ед. Гликемия –3,0-16,8 ммоль/л глик гемоглобин – 11,4 от 13.07.17. Последнее стац. лечение в 09.2016г. АИТ с 2013 АТТПО – 415 (0-30) от 24.10.14 08.2015 кесарево сечение (мертворождение). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 18.07 | 142 | 4,3 | 6,8 | 6 | 1 | 1 | 54 | 40 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.07 | 85 | 5,26 | 1,41 | 1,7 | 2,91 | 2,1 | 3,5 | 76 | 10,4 | 2,5 | 1,5 | 0,21 | 0,35 |

18.07.17 К –4,05 ; Nа – 139,61,15 Са - Са++ - С1 - 105 ммоль/л

### 18.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

19.07.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.17 Микроальбуминурия – 65,9мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.07 | 11,8 | 8,7 | 3,2 | 3,4 |
| 19.07 | 8,5 | 8,8 | 4,3 | 2,6 |
| 20.07 | 10,6 | 4,4 | 5,8 | 3,7 |
| 21.07 2.00-3,8 | 11,8 | 6,0 |  |  |

18.07.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 слегка извиты, стенки вен уплотнены.

17.07.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

19.07.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

Рек. кардиолога:. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

18.07.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.07.17Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

19.07.17РВГ: 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 умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

17.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,0 см3; лев. д. V =4,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма 600,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшилась частота гипогликемий, пациентка нуждается в дальнейшей коррекции инсулинотерапии, однако настаивает на выписке по семейным обстоятельствам.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 6-7ед., п/о- 7-9ед., п/уж -5-7 ед., Протафан НМ 22.00 9-10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5 мг утром под контролем АД.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ с послед. конс. эндокринолога по м\ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В