#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 401

##### Ф.И.О: Ткаченко Татьяна Витальевана

Год рождения: 1998

Место жительства: Запорожье ул. Нижнеднепровская 6а-29

Прописана Доненцкая обл с . Георгиевка ул. Киевская 29

Место работы: ЗГМУ, студент

Находился на лечении с 19.03.18 по 05.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст . Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсоорная форма (NSS 2, NDS 0), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1-II. тиреотоксикоз средней тяжести. состояние медикаментозной субкомнсации Метаболическая кардиомиопатия. СНО. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. АМК с несохраненным циклом вторичного генеза (тиреотоксикоз). ОРВИ. Острый бронхит, неполная ремиссия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. при обращение к врачу по поводу диаб. жалоб Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2015 переведена на Левемир В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 8ед., п/о- 8ед., п/у-8 ед., Левемир п/з – 22 ед. 22.00 20 ед. Гликемия –9,7-32,0 ммоль/л. НвАIс – 13,5 % от 03.2018 . Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ, тиреотоксикоз с 2016, принимала мерказолил 30 мг/сут. В настоящее время принимает 15 мг/сут. Т4св – 25,1 ТТГ – 0,02 ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; от 03.2018. Госпитализирована в ОИТ в обл. энд. диспансер в связи с Ацетонурия для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД. Ухудшение состояния связывает с явлениями ОРВИ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 19.03 | 149 | 4,5 | 4,6 | 13 | 2 | 2 | 71 | 23 | 2 |
| 20.03 | 145 | 4,3 | 4,8 | 10 | 4 | 1 | 59 | 33 | 3 |
| 23.03 | 149 | 4,5 | 6,1 | 22 | 5 | 4 | 63 | 26 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19/03 | 53.1 | 3,8 | 1,63 | 1,0 | 2,01 | 2,7 | 4,2 | 158 | 9,5 | 2,2 | 1,5 | 0,22 | 0,47 |
| 23.03 | 55,9 |  |  |  |  |  | 4,4 | 150 |  |  |  |  |  |

19.0318 Амилаза-34,3

22.03.18 Анализ крови на RW- отр

20.03.18 Глик. гемоглобин – 14,5%

27.03.18 Св.Т4 - 33,1 (10-25) ммоль/л;

19.03.18 Гемогл – 149 ; гематокр –0,48 ; общ. белок – 72 г/л; К –4,27 ; Nа –145 ммоль/л

19.03.18 АЧТЧ 24 МНО 1,06

19.03.18 К – 4,27 ; Nа – 145 Са++ -1,25 С1 -99,0 ммоль/л

25.03.18 Проба Реберга: креатинин крови-93 мкмоль/л; креатинин мочи- 5500 мкмоль/л; КФ-154,9 мл/мин; КР- 98,4%

### 19.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –4+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 24.03.18 ацетон – отр

20.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 3500 эритр – 250 белок – отр

22.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр – 250 белок – отр

23.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр – 250 белок – отр

25.03.18 Суточная глюкозурия –3,17 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.03.18 Микроальбуминурия –60,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.03 |  | 10,1 | 9,1 | 8,0 | 6,5 |
| 21.03 2.00-7,7 | 12,8 | 9,8 | 10,9 | 13,0 |  |
| 23.03 2.00-9,2 | 14,0 | 9,1 | 9,5 | 8,1 |  |
| 25.03 | 5,8 | 8,3 | 9,6 | 8,3 |  |
| 27.03 | 15,7 | 16,5 | 17,3 | 11,9 | 10,9 |
| 29.03 | 11,1 | 13,5 |  |  |  |
| 31.03 2.00-5,1 | 15,8 | 13,0 |  |  |  |
| 02.04 |  | 8,1 | 7,3 | 7,3 | 8,2 |
| 03.04 2.00-10,4 | 15,1 |  |  |  | 5,6 |
| 04.04 2.00-10,1 | 12,9 |  |  |  |  |
| 05.04 | 11,9 |  |  |  |  |

13.03.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 0),

19.03.8Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды широкие ,умеренно извиты, стенки вен утолщены, В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

23/03/18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.03.18 На р-гр ОГК: легкие без инфильтрации, корни малоструктурны, сердце- увеличен левый желудочек

23.03.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. СНО. ПМК

29.03.18 5 стандартных проб: ДАНС начальные изменения

19.03.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

27.03.18 Пульмонлог Острый бронхит, неполная ремиссия.

23.03.18Гинеколог: АМК с несохраненным циклом вторичного генеза (тиреотоксикоз, СД декомпенсация)

27.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

27.03.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

19.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,6см3; лев. д. V = 8,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы..

Лечение: Левемир, Актрапид НМ, атоксил, лесфаль, фервекс, мерказолил, атоксил, лесфаль, глюкоза 5%, 30%, фарингосепт, колдрес, лефлок цефтриаксон, линекс, келтикан, ксилат, рефордес, стерофундин, трисоль, реосорбилакт сода, р-р Хартмана, р-р Дарроу, абипим, лазолван, кардонат, парацетамол, гепарин, эссенциале, бисопролол ,амбротард, беродуал,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, ацетонурия купирована, гликемия стабилизировалась, но сохраняется утренняя гипергликемия, уменьшились боли в н/к.. С учетом отсутствия компенсации на фоне введения левемира согласно нормативной базе пациентке показан перевод на генно-инженерные инсулины,но от перевода отказалась. Пациентка ознакомлена 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, 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 < 7,5% Достижение целевого уровня натощак под контролем эндокринолога по м/ж.
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-16-18 ед., п/о- 14-16ед., п/уж 12-14 ед., Левемир п/з 26-28 ед, 22.00 30-32 ед
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д 1 мес. ивабрадин 5 мг 1-2 р/сут. Дообследваоние ЭХОКС.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т 3р/д 1 мес
10. Рек гинеколога: нормацил 1к 2р/д после еды 6 мес
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. мерказолил 15 мг /сут контроль Т4св 1р в мес. Повторный осмотр эндокринолога для коррекции дозы термостатической терапии.
12. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: суточное мониторирование ЭГК по Холтеру
13. Справка № 30 с 19.03.18 по 05.04.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.