#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1417

##### Ф.И.О: Миргородская Марина Юрьевна

Год рождения: 1972

Место жительства: Михайловский р-н, пгт Пришиб ул. Освободителей 17а

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находилась на лечении с 29.10.18 по  08.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Метаболическая кардиомиопатия СН0-1. Фиброзно-кистозная мастопатия. Нарушение менструального цикла.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, стойкую гипергликемию в течение последних 2 нед на фоне перенесенного ОРВИ, частые гипогликемические состояния в течение года до 3-р в сутки в различное время, пекущие боли в пятках, похолодание в в/к, боли в мышцах голени, потеря веса на 8 кг за 6 мес ,чередование поносов и запоров ,урчание в животе, ухудшение памяти. повышение АД до 130/80 мм рт ст, учащенное сердцебиение, тревожность раздражительность, редкий сухой кашель после перенесенного ОРВИ.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Инсуман Комб, затем Генсулин Н 2р/д, затем в ЗОЭД в связи с лабильным течение в 2014 переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. вводила Актрапид НМ п/з 10 ед, п/о 8 ед ,п/у 8 ед, Протофан НМ 22.00 – 18 – 20 ед. В течении последних 2 нед дозы увеличены в связи с ОРВИ. вводит: Актрапид НМ п/з-12 ед., п/о- 12ед., п/у-12 ед., Протафан НМ 22.00 19 ед. Гликемия – 2,0-22,0ммоль/л. НвАIс -8,6% от 05.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: АИТ, гипотиреоз с 2004, АТТПО – 270,8 (0-30) от 2017. Принимает эутирокс 75/100 мкг через день, ТТГ в течение года не контролировала. В анамнезе СРК по смешанному типу, хр. гепатоз, хр. панкреатит, перодчиески принимает желчегонные ферменты поджелудочной железы.

Аллергологический анамнез: пиницлин, альфалипоевая кислота ,виатмины гр В.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 30.10 | 120 | 4,17 | 4,0 | 4 | |  | | 2 | 1 | 44 | 51 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 30.10 | 103,8 | 5,13 | 0,97 | 1,1 | 3,58 | | 3,6 | 3,8 | 64 | 14,6 | 3,0 | 3,1 | | 0,28 | 0,19 |

30.10.18 Глик. гемоглобин -8,0 %

30.10.18 Анализ крови на RW- отр

02.11.18 ТТГ – 6,6 (0,3-4,0) Мме/мл

30.10.18 К – 4,58 ; Nа – 139 Са++ -1,08 С1 -99 ммоль/л

29.10.18 ацетон 2+

### 30.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр фосфаты на все п/зр

31.10.18 Суточная глюкозурия – 0,52%; Суточная протеинурия – отр

##### 31.10.18 Микроальбуминурия –88,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.10 |  | 8,8 | 9,0 | 3,0 | 6,1 |
| 30.10 | 8,2 | 12,1 | 5,9 | 4,6 | 2,6 |
| 01.10 |  |  | 7,5 | 2,7 | 4,1 |
| 03.11 2.00-11,3 | 12,7 | 11,6 | 2,9 | 5,9 | 4,7 |
| 04.11 | 11,2 | 14,7 | 5,9 | 2,8 | 3,2 |
| 06.11 | 12,7 |  | 5,0 | 4,9 | 4,0 |
| 07.11 | 11,2 |  |  | 3,4 | 4,1 |
| 08.11 2.00-10,1 | 8,9 | 7,7 |  |  |  |

05.11.18 Окулист: Гл. дно: артерии ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, вены неравномерного калибра, полнокровны, сосуды умеренно извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

29.10.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

05.11.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0-I. Рек: фитосет 1т 3р/д, кардонат 1т 2р/д 1 мес, Дообследование ЭХОКС, динамика АД,

01.11.18 Гинеколог: фиброзно-кистозная мастопатия. Нарушение менструального цикла. Рек: УЗИ молочных делез, УЗИ ОМТ (V – датчик). Повторный осмотр

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

30.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено 1 ст с обеих сторон . Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

29.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,7 см3; лев. д. V = 7,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы значительно снижена. Эхоструктура крупнозернистая с прослойками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: атоксил, эутирокс, Актрапид НМ, реосорбилакт, тиосульфат натрия, Дарроу, глюкоза 5%, саргин, пирацетам, Протафан НМ, щелочное питье, креон калия хлорид. Армадин.

Состояние больного при выписке: На фоне метаболчиеской терапии несколько уменьшились боли в н/к, явления кетоацдоза купированы, ацетон мочи от с 30.10.18, сохраняется нестабильная гликемия, с тенденцией к снижению глюкозы крови до 3,4-3,0-2,8 ммоль/л в вечернее время и гипергликемии натощак 8,9-12,7-11,2ммоль/л Нуждается в дальнейшем подборе инсулинотерапии, однако настаивает на выписке по семейным обстоятельствам о чем имеется запись в истории болезни. АД 120/80 мм рт. ст.

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: Актрапид НМ п/з-12-14 ед., п/о-8-10 ед., п/уж – 2-4 ед., Протафан НМ 22.00 23-25 ед.
5. При отсутствии компенсации , сохраняющихся гипогликемических состояниях повторная госпитализация для решения вопроса о замене вида инсулинотерапии.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. Соблюдение рекомендаций кардиолога, гинеколога (см. выше).
10. Пирацетам 1т 3р/д 1-2 мес, тивортин сироп 1л 3р/д 1 мес, келтикан 1т 3р/д 1 м ес, армадин лонг 300 1т 1р/д 1 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Эутирокс 100 мкг натощак. Контр ТТГ через 2 мес с послед. конс эндокринолога

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.