#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1439

##### Ф.И.О: Родионова Ирина Александровна

Год рождения: 1982

Место жительства: г. Мелитополь ул .Автомобильная 56

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 31.10.18 по  16.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб 0-1 ст. Узел левой доли, эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия. ПМК 1 ст. с минимальной регургитаций СН 0. Нарушение менструального цикла. ВМС in situ. Хронический эндометрит. Узловая лейомиома матки небольших размеров. Железодефицитная анемия средней степени.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду в течение последних 2 мес., гипогликемические состояния в ранние утрение часы, и днем на фоне физ. нагрузок в течение года, снижение веса на 4кг за год, пекущие боли в стопах и судороги в икроножных мышцах ночью, онемение и похолодание в н/к, ухудшение зрения, головные боли, учащенное сердцебиение, периодически давящие боли в области сердца.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. во время беременности в сроке 30 нед. с начала заболевания на инсулинотерапии, Актрапид НМ ,Протафан НМ. В 2008 в г. Харькове была переведена на Новорапид, Новомикс. В 2014 в связи с повторной беременоостью Ноовмикс был заменен на Протафан НМ. С 2017 получает Левемир, Новорапид, Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические 2007, 2010. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 8ед., п/о- 8ед., п/у- 7-6ед., Левемир 22.00 17 ед Гликемия –2,0-18 ммоль/л. НвАIс – 9,2 % от 04.2018 . Последнее стац. лечение в 2016г в ЗОЭД, в 2017 в мелитопольской ЦРБ. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: АИТ с 2013 ; АТ ТПО – 194,2 (0-30) МЕ/мл От 11.04.18 Т4св – 12,2 ( 11,5-22,7) ТТГ – 1,96 ( 0,4-4,0). ТАПБ щит железы – 2018 – цитологическая картина предствалена образованием микрофолликулярного строения с определенной атипией на фоне АИТ и кистозной дегенерацией. Кесарево сечение 2005, 2014.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 01.11 | 107 | 3,9 | 3,7 | 16 | |  | | 1 | 0 | 54 | 42 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.11 | 93,9 | 5,39 | 0,93 | 1,78 | 3,18 | | 2,0 | 3,7 | 70,4 | 13,5 | 3,1 | 3,1 | | 0,31 | 0,19 |

08.10.18 Глик. гемоглобин – 7,8%

02.11.18 Железо – 5,0 ( 10,7-32,2)

01.11.18 К 4,44 ; Nа –136 Са++ -100 С1 100 ммоль/л

### 01.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. ед в п/зр

02.10.18 Суточная глюкозурия – 2,43%; Суточная протеинурия – отр

##### 02.10.18 Микроальбуминурия 78,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 01.11 | 9,1 | 2,8 | 7,9 | 12,0 | 15,4 |
| 02.11 2.00-13,1 | 11,6 | 11,2 |  |  |  |
| 04.11 | 8,7 | 4,3 | 8,4 | 4,1 | 5,7 |
| 05.11 2.00-6,6 | 15,2 |  | 2,2 |  |  |
| 06.11 | 13,9 |  |  |  |  |
| 08.11 2.00-6,6 | 8, | 4,5 | 7,0 | 7,4 | 11,2 |
| 09.11 5.00-10,4 | 09.11 | 9,9 |  |  |  |
| 10.11 | 11,2 | 11,0 | 3,2 | 10,5 | 12,8 |
| 12.11 | 9,5 | 10,6 | 9,4 | 5,5 | 8,3 |
| 13.11 | 10,0 |  |  |  | 12,9 |
| 14.11 | 8,2 | 11,3 | 5,7 | 3,3 | 13,2 |
| 15.11 | 8,9 | 6,6 | 11,3 | 4,1 | 14,6 |
| 16.11 | 6,1 |  |  |  |  |

07.11.18 Окулист: VIS OD= 0,9-0,8 ;. Гл. дно: А:V 2:3 сосуды сужены, вены полнокровны ед. Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

31.10.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

14.11.18 5 ст проб : Данс, явные изменения

08.11.18ЭХО КС: ФВ66%. ПМК 1 ст. С минимальной регургитацией . регургитация до 1 ст на КлЛа и ТКК. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

15.11.18 кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст. с минимальной регургитацией СН 0. Рек: ивабрадин 5 мг 1-2 р/д .

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

07.11.18 Гематолог: Железодефицитная анемия средней тяжести. тардиферон 2т /д 2 мес, затем тардиферон 1т/д 3 мес, затем 1т /д 10 дней после каждой менструации, контроль ан. крови 1р/мес. Наблюдение по м/ж

01.11.18РВГ: 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 в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

08.11.18 УЗИ ОМТ: ВСМ в полости матки, Эхопризнаки миомы матки, 2 фазы МЦ.

13.11.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника.

12.1.118 Гинеколог: Нарушение менструального цикла. ВМС in situ. Хронический эндометрит. Узловая лейомиома матки небольших размеров. Рек : с 1 д.м.ц, левофлоксацин 500 мг 1/т 2р/д 10 дней, секнидокс 1/2т 2р/д после деы 2 дня ,свечи альфарекин 1 млн ректально, затем вагинально – 10 дней, пробиз фемина по 1т 2р/д через 1,5 часа после левофлоксацина 10 дней, затем 1т 1р/д за 20 мин до еды 1 мес.

31.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0 см3; лев. д. V =5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом и гидрофильными очагами до 0,36. В левой доле с/3 гипоэхогенный узел с широким гидрофильным ободком 0,92\*0,63см с пристеночным кальцинатом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Левемир, Новорапид, дротаверин, эспа-липон, витаксон, неогабин, кокарнит, физиолечение.

Состояние больного при выписке: С учетом глик гемогололобина от 07.1.18 – 7,8% показан перевод на генно-инженерные виды инслуина, от которого пациентка отказалась , ознакомлена с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» согласна на софинансирование. Схема введения инсулина изменена ,увеличена доза левемира, гликемия натощак достигла целевого уровня, рекомендовано введение Новорапида с учетом подсчёта ХЕ. На фоне инфузионной терапии незначительно уменьшилась жжение и онемение в н/к.

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: Левемин п/з 16-17ед 22.00 24-25 ед, Новорапид п/з-8-10 ед., п/о- 8-10ед., п/уж 6-8 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., неогабин 75 мг 1т 2р/д 1 мес.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Соблюдение рекомендаций гематолога, гинеколога, кардиолога , ангиохирурга (см. выше)

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.