#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1109

##### Ф.И.О: Войку Елена Ивановна

Год рождения: 1994

Место жительства: Мелитопольский р-н, Астраханное, ул. Завадская, 46

Место работы: ЗГМУ, студентка

Находилась на лечении с 22.08.18 по  03.09.18 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. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия. СН 0. Гипоплазия щитовидной железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ночное время до 2-х раз в месяц и во 2-й половине дня при несвоевременном приеме пищи, боли, онемение в н/к, понижение АД макс. до90/60 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007 г. в кетоацидотическом состоянии. С начала заболевания на инсулинотерапии: Лантус, Эпайдра. В 2012 г. в связи с беременностью получал Актрапид НМ, Протафан НМ, Однако, в связи с плохой переносимостью, вновь переведена на Лантус, Эпайдра.. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о-12 ед., п/у- 10ед., в 22.00 Лантус 30ед. Гликемия –3,3-14,7 ммоль/л. НвАIс – 4,6 % от 05.2018 . Последнее стац. лечение в 2016 г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез Жизни: В 2010 диагностирован лимфома Ходжкина II А ст., смешано-клеточный вариант. Прошла 8 курсов ПХТ, снята с учета в 2016. В 07.2018 стац лечение по поводу острого панкреатита, в настоящее время принимает панкреатитин 1т 3р/д.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 23.08 | 147 | 4,4 | 4,5 | 18 | |  | | 2 | 2 | 54 | 33 | | 4 | | |
| 31.08 |  |  |  | 17 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочеви | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.08 | 100,4 | 4,2 | 1,24 | 1,49 | 2,2 | | 1,81 | 3,0 | 79 | 18,4 | 5,3 | 1,8 | | 0,4 | 0,55 |

23.08.18 Глик. гемоглобин – 7,0%

23.08.18 Анализ крови на RW- отр

23.08.18 АТ ТПО – 16,4 (0-30) МЕ/мл

23.08.18 К – 4,87; Nа – 14,5; Са++ - 1,17; С1 – 101,4 ммоль/л.

### 23.08.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м; лейк – 1-2 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед.; слизь+.

28.08.18 Суточная глюкозурия, суточная протеинурия – отр

##### 28.08.18 Микроальбуминурия – 38,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.08 | 8,5 | 8,6 | 9,4 | 2,7 | 4,6 |
| 24.08 2.00-10, | 5,9 |  |  |  |  |
| 27.08 | 4,5 | 8,4 | 6,1 | 5,1 | 4,3 |
| 29.08 | 5,9 |  |  |  |  |
| 31.08 | 7,6 | 10,2 | 13,2 | 8,5 |  |

13.08.18ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Нарушение процессов реполяризации .

29.08.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. СН 0. Рек: кардонат 1т 2-3р/д. контроль АД, ЭХОКС, 5 ст. проб

30.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно. Валаргин 3000 мг 1р/д 1 мес.

31.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

22.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,6 см3; лев. д. V = 3,0 см3

Перешеек –0,21 см.

Размеры щит. железы меньше нормы, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лантус, Эпайдра, весел дуэ ф. креон,

Состояние больного при выписке: На фоне коррекции доз инсулинотерапии состояние с положительно динамикой, гипогликемические состояния не отмечаются. 31.08.18 г гипергликемию связывает с началом менструального цикл, от дальнейшей коррекции доз отказывается, по семейным обстоятельствам настаивает на выписке, отмечает некоторое уменьшение болей в н/к. . АД 100/70 мм рт. ст. Пациентка ознакомлена с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» Предупреждена о переводе на генноинженерные инсулины при неудовлетворительной компенсации ( глик. гемоглобин > 7,5 %).

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 <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 10-12ед., п/о- 12-10ед., п/уж -10-12 ед., Лантус 22.00 29-30 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: весел дуэф 1т 2р/д 1-2 мес
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
9. Контроль СОЭ в динамике по м/ж

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.