#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1135

##### Ф.И.О: Пономарёва Татьяна Юрьевна

Год рождения: 1985

Место жительства: г. Мелитополь, ул. Московская 39а

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находилась на лечении с 31.08.18 по  28.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Осложнённая катаракта ОИ. Много узловой зоб 1 ст, узлы левой доли. Эутиреоидное состояние. НЦД по смешанному типу СН 0. Хронический пиелонефрит, латентное течение в стадии нерезко выраженного обострения.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ранние утренние часы до 3-4 р/мес, гипергликемия в утренее время на фоне введения различных доз Протафан НМ (9-18 ед) учащенный ночной диурез, похолодание в стопах, ухудшение памяти, прибавка в весе на 8 кг за год, судороги в н/к

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Актрапид НМ, Протафан НМ, затем Фармасулин НNP, Фармасулин Н в связи с частыми гипогликемическими состояниями вновь была переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. Получала курс сосудистой терапии в Мелитопольской ЦРБ: диалипон турбо в/в № 10, тивомакс 100,0 в/в № 10, актовегин 5,0 в/в № 10 витаксон 2, 0в/м № 10 Гликемия –9-18 ммоль/л. НвАIс – 7,4 % от 31.05.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: впервые выявлен узловой зоб 31.08.18.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 03.09 | 12,4 | 4,0 | 6,8 | 14 | |  | | 1 | 2 | 65 | 26 | | 6 | | |
| 25.09 | 135 | 4,1 | 5,9 | 23 | |  | | 1 | 1 | 57 | 35 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 03.09 | 90,7 | 3,53 | 1,09 | 1,55 | 1,4 | | 1,2 | 2,7 | 84 | 11,8 | 3,0 | 4,2 | | 0,34 | 0,15 |
| 11.09 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 12,0 | 3,0 | 4,3 | | 0,24 | 0,29 |

07.09.18 Глик. гемоглобин -8,8 %

03.09.18 Анализ крови на RW- отр

01.09.18 ТТГ – 1,87 ( 0,4-4,0) АТТПО – 34,2 (0-35)

20.09.18 К – 4,16 ; Nа –134 Са++ 1,11- С1 -101 ммоль/л

### 03/09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 4-5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

### 25.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

10.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5000 эритр - 250белок – отр

10.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 250белок – отр

03.09.18 Суточная глюкозурия – 1.4%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.09.18 Микроальбуминурия –61.2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.08 |  |  | 4,2 | 6,2 | 7,6 |
| 02.09 | 13,5 | 13,6 | 3,4 | 8,2 | 6,1 |
| 03.09 2.00-7,8 | 16,2 | 16,7 | 4,1 | 5,6 | 7,2 |
| 04.09 2.00-8,1 | 7,6 |  | 6,6 | 10,4 | 8,7 |
| 05.09 | 16,1 |  | 8,0 | 13,0 | 10,7 |
| 06.09 2.00-12,1 | 10,5 | 7,3 | 9,7 | 9,1 | 7,0 |
| 07.09 2.00-12,2 | 13,1 |  |  |  | 6,3 |
| 08.09 2.00-7,8 | 6,2 | 10,7 | 5,3 | 4,5 | 7,3 |
| 09.09 | 6,9 | 8,2 | 3,9 | 8,6 | 10,3 |
| 10.09 2.00-16,2 | 7,0 | 6,2 | 8,0 | 10,7 | 9,6 |
| 11.09 | 4,4 | 7,8 | 9,0 | 9,5 | 9,8 |
| 12.09 |  |  |  |  | 10,2 |
| 13.09 2.00-10,1 | 5,9 |  |  |  |  |
| 14.09 2.00-4,8 | 12,5 | 11,8 | 12,1 | 18,7 | 12,3 |
| 16.09 2.00-7,9 | 13,1 | 8,0 | 18,5 | 17,1 | 11,1 |
| 18.09 2.00-8,6 | 4,5 | 4,4 |  | 12,7 | 12,3 |
| 20.09 | 9,8 | 14,0 | 11,6 | 3,6 | 5,7 |
| 22.09 | 5,3 | 5,9 | 13,4 | 13,8 | 14,2 |
| 24.09 2.00-12,7 | 11,6 | 8,5 | 17,0 | 12,2 |  |
| 26.09 | 9,8 | 10,2 | 8,9 | 3,8 | 6,7 |
| 27.09 | 5,6 | 6,8 | 10,9 | 2,8 | 4,5 |
| 28.09 | 7,2 |  |  |  |  |

04.09.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Единичные точечные помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды широкие, извиты, вены уплотнены Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Осложнённая катаракта ОИ..

28.09.18 ЭКГ: ЧСС 75- уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

03.09.18 Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0. Рек. кардиолога: Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.

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

07.09.18тапб узлов щит железы: цитологическая картина пунктатов (а,в) 2 пунктата левой доли щит. железы наиболее соответствует узловому зобу Классификация Bethesda 2. Цитологическая картина пунктата (б) 1 пунктат левой доли щит железы наиболее соответствует узловому зобу. Классификация Bethesda 2.

03.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

11.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II ст 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 незначительно нарушена.

14.09.18-18.09.18 суточный мноиторингглюкозы системой iPro ( протокол на руках)

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, в целом однородная. В левой доле в /3 коллоидная киста 0,78\*,67 см. В в/3 левой доли изоэхогенный узел с гидрофильным ободком, 1,0 \* 0,7 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Узлы левой доли

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Левемир, Новорапид, нефрофит, левофлоксацин, флуконазол, бифрен, альфалипон,

Состояние больного при выписке: В связи с отсутствием возможности компенсировать пациентку на фоне различных схем введения Актрапид НМ, Протафан НМ. комиссионно переведена на Левемир, Новорапид. Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах целевого уровня, гипогликемические состояния ночью не отмечаюся, снижение гликемии 27.09.18 в 20.00 связано с недостаточным приемом пищи, произведена коррекция, рекомендован подсчет ХЕ. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» предупреждена о переводе на генно-инжереные виды инслуина при неудовлетворительном гликемическом контроле ( глик гемоглобин более 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 <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-4-6 ед., п/о- 4-6ед., п/уж -2-4 ед., Левемир п/з 12-14 ед п/у 10 ед.
5. Самоконтроль глюкозы крови в амб условиях с послед. коррекцией доз инсулина., подсчет ХЕ
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг веч,. Контр. АД.
8. альфалипон 600 мг/сут. 2 мес., бифрен 1т 3р/д 1 мес.
9. Нефрофит 1пакет 3р/д 1 мес. контроль ОАМ через месяц.
10. Контроль СОЭ в динамике .
11. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.