#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1107

##### Ф.И.О: Зольникова Ольга Леонидовна

Год рождения: 1980

Место жительства: г. Запорожье, ул. Парамонова, 4, кв. 96

Место работы: н/раб.

Находился на лечении с 22.08.18 по 30.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диффузный зоб I. Эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия, идиопатический пролапс митрального клапана. СН 0. Энцефалопатия I сочетанного генеза, цереброастенический с-м,

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния в разное время суток, которые купирует дополнительным приемом пищи, ухудшение зрения, зябкость стоп, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли после гипогликемии, отеки голеней и стоп к вечеру, ноющие боли в сердце, одышку при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003 г. при обращении к врачу по поводу потери веса, диабетических жалоб. Гликемия 10,0 ммоль/л. В условиях эндокриндиспансера была назначена инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В дальнейшем, в связи с отсутствием компенсации была переведена на Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В 2012 г. в связи с частыми гипогликемическими состояниями была переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ в условиях эндокриндиспансера. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10-14 ед., п/о-11-10 ед., п/у-10-11 ед.,в 22.00 Протафан НМ 10-12 ед. Гликемия – 2,0-20 ммоль/л. НвАIс – 7,1 % от 08.2018. Последнее стац. лечение в 2017 г.

Повышение АД в течение 6 лет. Гипотензивную терапию не принимает. ПМК с 2017 г., диффузный зоб с 2009 г., ТТГ – < 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл от 07.2018; АТ ТПО – 45 (0-30) МЕ/мл от 2016. АТ ТПО – 12,5 (0-30) МЕ/мл от 2017.

Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 23.08 | 126 | 3,8 | 6,9 | 10 | |  | | 3 | 1 | 71 | 22 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.08 | 76,7 | 5,18 | 1,53 | 1,88 | 2,6 | | 1,75 | 3,9 | 80 | 12,4 | 2,9 | 3,1 | | 0,33 | 0,44 |

23.08.18 Анализ крови на RW- взят

23.08.18 К –4,39; Nа – 135,1; Са++ -1,11; С1 – 98,9 ммоль/л

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

24.08.18 Ацетон мочи – отр.

28.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

27.08.18 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 30.08.18 Микроальбуминурия – 31,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.08 | 9,4 | 8,2 | 7,5 | 2,5 | 5,7 |
| 24.08 2.00-5,6 | 7,2 |  |  |  |  |
| 27.08 | 4,1 | 13,3 | 13,1 | 6,9 |  |
| 28.08 |  |  | 4,2 |  |  |

27.07.17 Невропатолог: Энцефалопатия I сочетанного генеза, цереброастенический с-м,

27.08.18 Окулист: VIS OD= 0,6 cyl -0.5Д ax 135 град.=1,0; OS= 0,7cyl -0.25 Д ax 75 град=1,0 Оптические среды прозрачны. Гл. дно: А:V 2:3 , сосуды широкие, слегка извиты. В макулярной области без особенностей.

20.08.18 ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый.

27.08.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия, идиопатический пролапс митрального клапана. СН 0. Рек. кардиолога: ивабрадин 5 мг 1 р\*сут, кардонат по 1т\*2р/д 1 мес,

Контроль ЧСС, АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, 5 станд. проб.

23.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

22.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,4 см3; лев. д. V = 9,9 см3

Перешеек –0,56 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,43 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, щелочное питье.

Состояние больного при выписке: сохраняется неустойчивая гликемия, гипогликемических состояний не отмечает. АД 120/70 мм рт. ст. Пациент ознакомлен 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 12-14 ед., п/о-11-12 ед., п/уж – 10-12 ед., в 22.00 Протафан НМ 12-14 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром, Контр. АД.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.