#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1330

##### Ф.И.О: Антоненко Тамара Григорьевна

Год рождения: 1963

Место жительства: Запорожский р-н, с. Лежено ул. Привокзальная 102

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 10.10.18 по  31.10.18 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. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Многоузловой зоб 1-II ст. Узлы обеих долей, эутиреоидное состояние. Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст. СН 0.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в различное время суток ночью и на фоне физ нагрузок до 3-4 р/нед, периодически сухость во рту, жажду, учащенный ночной диурез, пекущие боли в стопах, усиливающиеся ночью, увеличение веса на 2 кг за год, судороги и онемение в н/к, ухудшение зрения, похолодание в стопах, повышение АД до 170/100 , головные боли, головокружение, першение в горле, чувство кома в горле при глотании, периодические давящие боли в области сердца, боли в ПОП, общую слабость, утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. С начала заболевания на инсулинотерапии, Монодар , затем Хумодар Б100Р , Хумодар Р100Р , Хумодар К 25 100Р, Фармасулин Н, Фармасулин НNP. С 2017 Генсулин Н, Генсулин Р. Течение лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з- 7ед., п/о- 6ед., п/у-4 ед.,Генсулин Н 22.00 – 18-19 Гликемия –3,2-16,0 ммоль/л. НвАIс – 9,4 % от 04.06.18. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 3 лет. Смешанный зоб 1- II ст с 2002. АТТПО (2009) – 63,4 ме/л. ТАПБ (2009) – аденоматозный узел. с пролиферацией клеток фолликулярного эпителия.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.10 | 148 | 4,5 | 5,7 | 11 | |  | | 2 | 2 | 74 | 19 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.10 | 84,3 | 5,7 | 0,93 | 1,56 | 3,72 | | 2,6 | 4,7 | 7,4 | 29,4 | 8,0 | 4,0 | | 0,15 | 0,26 |
| 22.10 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 21,7 | 4,1 | 0,59 | | 0,27 | 0,28 |

17.10.18 Глик. гемоглобин -9,0 %

11.10.18 Анализ крови на RW- отр

23.10.18 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл

11.10.18 К – 5,14 ; Nа –134 Са++ - 1,12С1 - 102 ммоль/л

### 11.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

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

12.10.18 Суточная глюкозурия – 2,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.10.18 Микроальбуминурия –41,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.10 | 13,9 | 13,8 | 9,9 | 6,1 |  |
| 13.10 | 9,5 | 8,6 | 4,4 | 4,4 |  |
| 17.10 | 10,7 | 7,3 | 3,0 |  |  |
| 19.10 | 12,8 |  |  |  |  |
| 23.10 | 11,4 | 13,0 |  | 4,1 | 5,9 |
| 24.10 2.00-6,5 | 5,7 | 2,6 |  |  | 8,0 |
| 25.10 | 3,0 | 3,2 | 9,6 | 7,7 |  |
| 26.10 | 3,2 | 3,9 |  | 16,0 |  |
| 28.10 | 12,0 | 4,5 | 8,6 | 6,8 | 12,8 |
| 29.10 | 3,4 |  |  |  |  |
| 30.10 | 7,0 | 6,9 | 10,3 | 8,8 | 12,6 |

12.10.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9 ;.

Гл. дно: сосуды умеренно сужены, склерозированы, вены уплотнены умерено полнокровны, ед. микроаневризмы в макуле без особенностей. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.10.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.10.18 Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия СН 0. Рек. кардиолога: индапен 1т утром при стабильно повышеном АД. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС УЗД БЦА, гл. дно.

12.10.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

11.10.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

12.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

25.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, застоя в желчном фиброзирования поджелудочной железы.

10.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V = 9,9 см3

Перешеек –0,64 см.

По сравнению с УЗИ от 05.2017 размеры железы уменьшились контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом и единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. В пр доле в/3 гидрофильный узел 1,2\*0,9 в левой доли узел с кальцинирвоанной стенкой 2,16 \* 1,15. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Новорапид, Левемир, вазилип, эспа-липон, нейротропин, Генсулин Р, Генсулин Н, неогабин, нейротропин, физиолечение.

Состояние больного при выписке: В связи с отсутствием возможности компенсировать пациентку на фоне введения генно-инженерных инсулинов комиссионно переведена на Левемир, Новорапид. Гликемия в пределах субкомпенсированых значений. Уменьшились боли, онемение в н/к АД 130/80 мм рт. ст. 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-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации ( 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- 4-6ед., п/о- 2-4ед., п/уж -2-4 ед., Левемир 22.00 15-17 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг веч,. Контр. АД.
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., неогабин 75 мг 2р/д 1мес, келткан 1т 2р/д 1 мес.
9. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Диета богатая йодом

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.