#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1337

##### Ф.И.О: Силина Ольга Игнатьевна

Год рождения: 1964

Место жительства: Запорожье, Гаврилова , 16

Место работы: ОАО «Мотор сич» инженер технолог

Находился на лечении с 17.10.13 по 29.10.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма, субклиническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия. ПМК. СН0. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щитовидной железы. Гипотиреоз средней тяжести, впервые выявленный. Хронический вирусный гепатит С.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 3-4ед., п/у- 6-8ед., Хумодар Б100Р п/з 30 ед. Гликемия –2,0-12,6 ммоль/л. НвАIс – 7,0 % от 26.09.13. Последнее стац. лечение в спец. энд отд 1996г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.10.13Общ. ан. крови Нв –117 г/л эритр – 3,7 лейк – 4,0 СОЭ – 21 мм/час

э-1% п- 2% с- 69% л- 21% м- 7%

18.10.13Биохимия: СКФ –59,1 мл./мин., хол –5,26 тригл -1,44 ХСЛПВП -2,0 ХСЛПНП – 2,60Катер -1,63 мочевина –4,3 креатинин –97 бил общ –13,8 бил пр –13,8 тим – 9,1 АСТ –0,90 АЛТ –0,90 ммоль/л;

23.10.13НВsАg – не выявлен, Анти НСV - 9,21(положительный)

23.10.13Св.Т4 - 0,87 (10-25) ммоль/л; ТТГ –9,16 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 1234,25 (0-30) МЕ/мл

### 18.10.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ум; эпит. перех. ум- в п/зр

22.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

21.10.13Суточная глюкозурия – 1,78 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.13Микроальбуминурия – 13,4мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.10 | 8,8 | 5,1 | 4,8 | 3,1 | 4,1 |
| 19.10 2.00-6,4 | 12,0 | 11,3 | 5,2 | 12,0 |  |
| 20.10 | 15,5 | 11,5 | 4,6 | 3,7 |  |
| 2.10 2.00-3,6 | 8,3 | 4,9 | 5,7 | 4,1 |  |
| 24.10 | 7,4 | 4,8 | 5,9 | 4,9 |  |
| 26.10 | 9,2 | 4,7 | 6,9 | 2,6 |  |
| 27.10 |  |  |  | 5,8 |  |
| 28.10 | 3,1 |  |  |  |  |
| 29.10 1.00-1,4 1.20-6,4 | 7.00-7,1 |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма, субклиническое течение.

Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,6 ; ВГД OD= 20 OS=19.

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. ПМК?. СН0.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

Дуплексное сканирование брахиоцефальный артерий: (данные на руках)

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V = 6,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

##### Осмотр совместно Леч. врач Соловьюк Е.А. Зав. отд. Фещук И.А. Нач. мед. Костина Т.К. : учитывая течение сахарного диабета больной показана интенсивная схема инсулинотерапии. Но больная категорически отказывается вводить инсулин по рекомендуемой схеме, хочет вводить инсулин 2р/д. О возможных осложнениях предупреждена.

Лечение: L-тироксин, глюкоза 40%, Хумодар РР, Хумодар ББ диалипон, витаксон, актовегин

Состояние больного при выписке: Уменьшилась сухость во рту, жажда, боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Пациентка настаивает на выписке из отделения. О возможных осложнениях предупреждена. Гипогликемическое состояние в ночное время связывает с грубым нарушением в питании.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 4ед., Хумодар Б100Р п/з 12 ед., п/у -4ед.

При согласии больной перевод на интенсивную схему инсулинотерапии Хумодар РР п/з – 8-10 ед, п/о – 6 ед, Хумодар БР п/у – 4 ед.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога:. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. Повторный осмотр.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. L-тироксин25 мкг утром натощак. Контроль ТТГ в динамике ч/з 1 мес. Повторный осмотр эндокринолога
6. УЗИ щит. железы 1р. в год.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
8. Конс. в гепатоцентре ( впервые выявленный гепатит С)
9. Б/л серия. АГВ № 234097 с 17.10.13 по 29.10.13. К труду 30.10.13г.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.