#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1030

##### Ф.И.О: Ситник Валерия Андреевна

Год рождения: 1995

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Ленина 12а -31

Место работы: ЧАО «ЗЖРК» эксплуатационный участок, курьер.

Находился на лечении с 21.08.14 по 02.09.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим, кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия I, на фоне кетоацидоза, без очаговой симптоматики. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5-6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, тошноту.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12ед., п/о-12 ед., п/у-10ед., Левемир п/з – 21 ед, 22.00 – 21ед. Гликемия –2,2-20 ммоль/л. НвАIс - 13 % от 2013. Последнее стац. лечение в 2013г. АИТ, гипотиреоз с 2008, принимает не систематически L-тирокскин. В течении года L-тироксин не принимала (отменила самостоятельно). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.08.14 Общ. ан. крови Нв –180 г/л эритр –5,3 лейк – 5,4 СОЭ 9 мм/час

э-2 % п- 1% с59- % л-55 % м- 3%

22.08.14 Биохимия: хол –6,51 тригл -3,05 ХСЛПВП -1,09 ХСЛПНП -4,03 Катер -5,0 мочевина –3,6 креатинин –184 бил общ –16,2 бил пр – 4,0 тим –2,7 АСТ – 0,53 АЛТ –0,59 ммоль/л; амилаза -92,2 е/л

23.08.14 амилаза -92,2 е/л (0-90)

29.08.14 Глик. гемоглобин -12,6 %

22.08.14 ТТГ – 1,7(0,3-4,0) Мме/л

21.08.14 Гемогл –156 ; гематокр –0,47 ; общ. белок – 78,6г/л; К – 3,3 ; Nа – 140 ммоль/л

22.08. К – 3,4 ммоль/л

26.08. К – 4,9 ммоль/л

21.08.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 6 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр – 4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

23.08.14 Проба Реберга: Д-1,5 л, d-1,04 мл/мин., S-1,55 кв.м, креатинин крови-92 мкмоль/л; креатинин мочи-5655 мкмоль/л; КФ-71,3 мл/мин; КР-98,5 %

### 24.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –3+++; эпит. пл. – ум в п/зр

С 24.08.14 ацетон – отр

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

23.08.14 Суточная глюкозурия –0,44 %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.08.14 Микроальбуминурия –73,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.08 |  |  | 17,1 | 7,2 | 11,8 |
| 23.08 | 6,7 | 8,3 | 4,3 | 8,6 | 6,9 |
| 25.08 | 12,6 | 8,7 | 7,8 | 11,1 | 5,3 |
| 27.08 | 10,3 | 3,1 | 3,8 | 7,9 |  |
| 28.08 2.00-9,5 | 11,6 | 7,7 | 6,,3 | 11,6 |  |
| 31.08 | 11,9 | 4,8 | 6,8 | 16,2 |  |
| 01.09 |  |  |  | 6,5 |  |
| 02.09 |  |  |  |  |  |

22.08.Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия I, на фоне кетоацидоза, без очаговой симптоматики. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст,

21.08.Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.08ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

29.08.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.08РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

21.08УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,4см3; лев. д. V = 7,2 см3

Перешеек –0,34 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, фуросемид, рантак, тиоктацид, ККБ, альмагель, энтеросгель, калий нормин, тивортин, L-тироксин, гепарин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-14-16 ед., п/о-10-12 ед., п/уж -8-10 ед., Левемир 22.00 18-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.
8. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, глиатилин 1000 в/м № 10.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ ч/з 6 мес.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
12. Б/л серия. АГВ № 2345 с 21.08.14 по 02.09.14. К труду 03.09.14г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.