#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 722

##### Ф.И.О: Шавульская Дарья Викторовна

Год рождения: 1985

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чумаченко 14а кв 26

Место работы: ООО «Анкор плюс», маркетолог.

Находился на лечении с 06.06.14 по 20.06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Миопия средней степени ОИ. Непролиферативная. Хориоретинальная дистрофия сетчатки ОИ Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1.Цереброастенический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щитовидной железы. Гипотиреоз средней тяжести. Медикаментозная компенсация.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 2 кг за год, сухость жажду, зябкость стоп, периодические гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания. Постоянно инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В связи с гипогликемическими состояниями, переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-6-8 ед., п/о- 6-8ед., п/у- 6-8ед., Левемир 22.00. Гликемия –3,0-13,0 ммоль/л. НвАIс – 10,0 % от 12.2013. Последнее стац. лечение в 2013г. АИТ с 2007, гипотиреоз в 2008 АТТГ – 69,4 Ме/мл(0-100) АТТПО 105,1 МЕ/мл (0-100). Получает L тироксин 125 мкг/сут. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.06.14 Общ. ан. крови Нв – 127 г/л эритр –3,8 лейк –4,7 СОЭ –18 мм/час

э-1 % п- 2% с- 64% л- 27 % м-6 %

17.06 СОЭ – 8 СКФ – 89,65. Креатинин 78 мкмоль/л

10.06.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –4,84 тригл -1,46 ХСЛПВП -1,75 ХСЛПНП -2,43 Катер -1,8 мочевина –4,0 креатинин –97 бил общ –9,8 бил пр –2,4 тим –1,9 АСТ –0,11 АЛТ –0,39 ммоль/л;

10.06.14 Анализ крови на RW- отр

13.06.14 ТТГ – 3,3 (0,3-4,0) Мме/л

13.06.14 К – 4,0 ; Nа –131,6 Са – 2,14 ммоль/л

### 11.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1031 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

17.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – отр

11.06.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 11.06.14 Микроальбуминурия –50,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.06 | 5,2 | 8,2 | 6,8 | 12,0 | 11,3 |
| 11.06 | 7,9 | 8,5 | 6,3 | 9,4 | 10,0 |
| 13.06 | 14,0 | 15,0 | 5,0 | 5,8 |  |
| 18.06 | 5,8 | 7,9 | 5,4 | 6,8 |  |
| 19.06 | 8,1 | 11,0 | 4,7 | 7,6 |  |
| 21.06 | 4,6 | 5,2 | 7,3 | 3,9 |  |
| 23.06 |  |  |  | 4,6 |  |

12.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1.Цереброастенический с-м.

10.06Окулист: VIS OD=0,1-3,5=0,6 OS=0,1-4,0=1,0

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра).По периферии хориоретинальная дистрофия. Д-з: Миопия средней степени ОИ. Непролиферативная. Хориоретинальная дистрофия сетчатки ОИ.

06.06ЭКГ: ЧСС – 60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

10.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.06РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

13.06.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

10.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V = 3,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, L-тироксин, эссенциале, мезим, нейробион, тиоктацид.

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-10-12 ед., п/о- 2-4 ( при необходимости)ед., п/уж – 3-5ед., Левемир п/з 9-11 ед;. 22.00 -16-17 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

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. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейробион 1т./сут, 1 мес.,
4. Рек. невропатолога: . бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес..
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 125 мкг утр
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д..
7. 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.
8. Б/л серия. АГВ № 234446 с 06.06.14 по 24 .06.14. К труду 25.06.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.