#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 362

##### Ф.И.О: Шаповалова Ирина Васильевна

Год рождения: 1972

Место жительства: г. Бердянск, ул. Дачная, 102

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 14.03.14 по 26.03.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Аутоиммунный тиреоидит, рецидив узлового зоба( струмэктомия 1996), Узлы правой доли. Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Острый ангионевротический отек (18.03.14).

Жалобы при поступлении на онемение ног, головные боли, периодические гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, вздутие живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р. В 2007 в связи с гипогликемическими состояниями переведена на Левемир, в дальнейшем к нему добавлен Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 5-6ед., п/о- ед., п/у-4-7 ед., Левемир п/з – 20 ед, п/у – 20-22 ед. Гликемия –2,7-9,0 ммоль/л. НвАIс 7,9- % от 12.2013 . Последнее стац. лечение в 2013г. 1996 – струмэктомия по поводу узлового зоба, тогда же диагностирован АИТ, с того времени принимает L тироксин 100 мкг. С 2009 – рецидив узлового зоба. ТАПБ – коллоидных клеток нет. АТТГ – 352,9 МЕ/мл(0-100) АТТПО – 59,3 МА/мл (0-30) от 2010. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.03.14 Общ. ан. крови Нв –148 г/л эритр –4,5 лейк –3,9 СОЭ –10 мм/час

э- 5% п-0 % с- 58% л- 33 % м-6 %

17.03.14 Биохимия: СКФ –94 мл./мин., хол – 5,7тригл – 1,51ХСЛПВП -1,48 ХСЛПНП -3,53 Катер – 2,9мочевина –2,1 креатинин – 69 бил общ – 13,5 бил пр –2,9 тим – 1,03 АСТ –0,13 АЛТ –0,19 ммоль/л;

21.03.14ТТГ –4,2 (0,3-4,0) Мме/л

21.03.14 Са – 2,8 ммоль\л

### 17.03.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - у; эпит. перех. -ед в п/зр

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

20.03.14 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.03.14 Микроальбуминурия –61,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.03 | 13,9 | 9,2 | 8,0 | 5,2 | 5,3 |
| 19.03 | 8,7 | 11,2 | 9,7 | 7,8 | 11,0 |
| 23.03 | 6,8 | 10,2 | 15,2 |  |  |
| 24.03 2.00-7,2 |  |  |  |  |  |
| 25.03 | 11,0 | 15,0 | 11,0 | 8,8 | 6,0 |
| 26.03 | 7,1 |  |  |  |  |

19.03Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсомоторная форма.

20.03Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD= 19 OS=20

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

15.03ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

18.03. Аллерголог: острый ангионевротический отек. Нуждается в ургентной госпитализации в ЦКИС по тяжести состояния ( отек жизнеугрожающей локализации).

17.03РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

19.03УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9 см3; к.л.д - фиброз

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичным расширенным фолликулом до 0,3 см. В пр доле с/3 гиперэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,88\*1,44 см, у перешейка справа изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,58\*1,1, с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культя левой доли. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы правой доли.

Лечение: Новорапид, Левемир, L-тироксин, лоратадин, тиогамма турбо, мильгамма – предположительно после 3 дней применения возник ангионевротический отек лица, в связи с чем препарат отменен; дексаметазон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. От перевода в ЦКИС пациентка категорически отказалась. Явления ангионевротического отека купированы и не рецидивировали.

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- 8-9ед., п/о-5-6 ед., п/у- 7-8ед., Левемир п/з – 22-24 ед. п/у 22-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. Рек. невропатолога: Р-грамма левого локтевого сустава, ревмопробы..
10. L-тироксин 100мкг утром. Контр ТТГ, УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д.
12. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.