#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 166

##### Ф.И.О: Трофимчук Нина Григорьевна

Год рождения: 1948

Место жительства: г. Запорожье, ул. Марата 23а

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04.02.14 по 24.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Аутоиммунный тиреоидит, с увеличением щитовидной железы. Эутиреоз. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 3.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г.. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Лечилась в Харьковском институте проблем эндокринной патологии им. Данилевского, где рекомендовано вводить Новорапид, Левемир, однако при введении Новорапида отмечались тяжелые гипогликемические состояния, в связи с чем назначен Актрапид НМ, Левемир. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-9 ед., п/о-9 ед., п/у- 9ед., Левемир.22.00 – 19 ед. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.02.14 Общ. ан. крови Нв –133 г/л эритр –4,1 лейк – 7,3 СОЭ –15 мм/час

э- 1% п-0 % с- 57% л- 36 % м-6 %

05.02.14 Биохимия: СКФ – 55,7мл./мин., хол –5,1 тригл -1,0 ХСЛПВП – 1,4 ХСЛПНП – 3,24Катер -2,64 мочевина –6,2 креатинин –96,2 бил общ –21,1 бил пр –5,1 тим –1,63 АСТ – 0,31 АЛТ – 0,39 ммоль/л;

06.02.14 Глик. гемоглобин – 11,3%

05.02.14 Анализ крови на RW- отр

07.02.14Св.Т4 - 14,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 2,5 (0,3-4,0) Мме/л

АТ ТГ – 97,3 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО –112,0 (0-30) МЕ/мл

### 05.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

06.02.14 Суточная глюкозурия – 0,82%; Суточная протеинурия – отр

##### 07.02.14 Микроальбуминурия –85,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.02 | 12,4 | 12,3 | 9,8 | 9,9 |  |
| 07.02 | 9,3 | 15,6 | 12,0 | 8,7 |  |
| 09.02 | 12,8 |  |  |  |  |
| 10.02 | 9,2 | 12,4 | 9,0 | 13,2 | 11,7 |
| 12.02 | 7,0 | 12,2 | 15,3 | 10,7 | 10,8 |
| 14.02 | 10,0 | 15,0 | 16,6 | 14,0 | 12,2 |
| 17.02 | 10,0 | 9,6 | 11,5 | 10,0 | 13,5 |
| 19.02 |  | 8,7 |  |  |  |
| 20.02 |  | 9,4 |  |  |  |
| 21.02 |  | 11,8 |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза.

Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,5

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

04.02.ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Гинеколог: пат. климакс. (постменопауза).

06.02УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в н/3 тела и в в\3, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, мелки конкрементов, микролитов в почках.

04.02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,7 см3; лев. д. V = 8,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,4 см. В лев доле в /3 узел с кальцинированной стенкой 0,75 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли

Лечение: Левемир, контривен, Актрапид НМ, би-пристариум, цераксон, цитофламин, тивортин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились приступы в виде сердцебиения дрожания потливости, которые наблюдались на введение Актрапид НМ. Актрапид НМ отменен. Больной принимает Левемир 2р\д в дозировке 21ед п/з :16 ед п/у. АД 130/80 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: Левемир п/з- 21ед., п/у- 16ед.,
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. ТТГ 1р. в год.
9. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д.
10. 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.
11. Конс гастроэнтеролога по м\ж, для решения вопроса о дальнейшем лечения хр. панкреатита в стадии обострения.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.