#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 251

##### Ф.И.О: Водолазкая Елена Александровна

Год рождения: 1989

Место жительства: г. Бердянск ул. Р. Люксембург 50 - 38

Место работы: н\р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 19.02.14 по 27.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, субклиническое стационарное течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ПМК 1. СН0. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения щитовидной железы. Гипотиреоз средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации. Беременность 7 нед.

Жалобы при поступлении на тенденции к гипотонии, боли в поясничной области, гипогликемические состояния в утренние часы 1-2р в нед, склонность к запорам.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2003 в условиях ОДБ переведена на, Лантус. В наст. время принимает: Новорапид п/з-8-10 ед., п/о-10-12 ед., п/у- 6-8ед., Лантус 22.00 – 14 ед. Гликемия –3,8-9,9 ммоль/л. НвАIс – 7,8 % от 2013. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 17 лет. С 07.02.14 по 18.02.14 – стац лечение в гинекологическом отд. по м/ж по поводу угрозы прерывания беременности. С 1998 выявлен АИТ, гипотиреоз. В настоящее время заместительная терапия эутирокс 100 мкг утром натощак. ТТГ 1,63 от 13.02.14. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

20.02.14 Общ. ан. крови Нв –137 г/л эритр –4,3 лейк –6,1 СОЭ – 9 мм/час

э- 5% п- 1% с-72 % л- 16 % м-6 %

20.02.14 Биохимия: СКФ –70 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,44 ХСЛПВП -1,93 ХСЛПНП -2,61Катер -1,7 мочевина –4,7 креатинин –82 бил общ –10,1 бил пр –0,64 тим – 0,64 АСТ – 0,10 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

21.02.14 Глик. гемоглобин -8,1 %

### 20.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

21.02.14 Суточная глюкозурия – 0,55 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.14 Микроальбуминурия –16,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.02 |  |  | 6,2 | 6,6 | 6,8 |
| 20.02 | 6,2 | 5,7 | 3,8 | 4,9 |  |
| 22.02 | 4,4 | 4,7 | 4,2 | 8,0 | 7,0 |
| 26.02 | 6,4 | 7,8 | 3,8 | 5,1 |  |

Клинически проявлений гипогликемии в 16.00 пациентка не отмечала. Гипогликемия обусловлена погрешностью в диете (мало поела)

22.02.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, Субклиническое стационарное течение.

19.02Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0

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

19.02ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ

24.02Кардиолог: ПМК 1. СН0.

22.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.02Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

21.02Гинеколог: Беременность 7 нед. Данных за угрозу прерывания беременности на данный момент нет.

21.02.14 УЗИ ОМТ: Эхопризнаки маточной беременности 7 нед.

20.02 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

19,02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,1 см3; лев. д. V =4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры бугристые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эутирокс, элевит, утрожестан, траниксан, вибуркол свечи, Новорапид, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 105/70 мм рт. ст. От перевода на генно-инженерные виды инсулина пациентка отказывается. Проведена беседа о возможных рисках которые могут возникнуть во время беременности родах, послеродовом периоде, о последствиях предупреждена. Настаивает на пролонгации беременности, о чем имеется запись в истории болезни.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гинеколога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-8-10 ед., п/о- 9-11ед., п/у- 6-8ед., Лантус 22.00 13-15 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Рек. кардиолога: Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
6. Рек. гинеколога: утрожестан по 200 мг 2р\д, наблюдение гинеколога по м\ж.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Эутирокс 100 мкг утром натощак контроль ТТГ, Т4 Св 1р\мес.
8. 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.
9. Рекомендовано обращение в клинико-диагностического отд. областного перинатального центра. ( б. Шевченко 27, регистратура т. 224-09-57).
10. Повторная госпитализация для коррекции инсулинотерапии в сроке 18-20 нед. беременности.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.