#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1525

##### Ф.И.О: Ковалек Илона Леонидовна

Год рождения: 1999

Место жительства: Куйбышевский р-н, с. Белоцерковка ул. Чапаева 104

Место работы: Запорожское проф. училище моды и стиля

Находилась на лечении с 02.11.17 по 16.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, гипотиреоз средней тяжести в ст. мед.компенсации . Синдром вегетативной дисфункции, церебрастенический с-м. Вертеброгенная люмбалгия.

Жалобы при поступлении на гипергликемию в первой половине дня, периодически гипогликемические состояния в различное время суток, купируемые приемом пищи, прибавку в весе на 5 кг за год, ухудшение зрения на ОИ, боли в н/к, периодически головные боли, эмоциональную лабильность.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г (в 6 летнем возрасте), кетоацидотическом состоянии. С начала заболевания инсулинотерапия: получала Актрапид НМ, Протофан НМ, затем Новорапид. С2007 переведена на Лантус, Эпайдра в условиях ОДБ. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14-15 ед., п/о- 14-15ед., п/у- 14-15ед., Лантус 22.00 34 ед,

Гликемия –2,8-12,0 ммоль/л. НвАIс – 9% % от 10.2017. Последнее стац. лечение в 2016г (ОДБ). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: В анамнезе АИТ, в 2016 г производилась ТПАБ левой правой доли щитовидной железы в г. Киеве- цитологические признаки характерны для смешанных макро-микрофолликулярных узлов щитовидной железы. определяется эпителий с признаками пролиферации и атипии на фоне аутоиммунного тиреоидита. Рекомендовано проведение повторной ТПАБ. ТТГ – 3,28 (0,3-4,0) Мме/мл на фоне приема L-тироксина 100 мкг утром. Страдает хр.гастродуоденитом.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 03.11 | 141 | 4,3 | 4,0 | 15 | 0 | 3 | 50 | 41 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.11 | 136 | 5,13 | 1,87 | 1,31 | 2,96 | 2,9 | 4,7 | 63 | 12,1 | 3,0 | 3,2 | 0,14 | 0,1 |

03.11.17 Анализ крови на RW- отр

03.11.17 К – 4,06 ; Nа –135,1 Са++ - 1,15С1 – 103,9 ммоль/л

### 03.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,092 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

08.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

07.11.17 Суточная глюкозурия –2,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 08.11.17 Микроальбуминурия – 76,9мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.11 | 4,6 | 11,4 | 8,7 | 7,8 | 7,1 |
| 05.11 | 9,7 | 7,2 | 6,9 | 12,8 | 18,7 |
| 07.11 2.00-9,4 | 7,7 |  |  |  |  |
| 09.11.17 |  | 6,0 | 6,7 | 7,3 |  |
| 10.11.17 | 7,5 |  |  |  |  |
| 13.11 | 9,8 | 8,3 |  | 4,4 |  |
| 15.11 2.00-11,2 | 6,8 |  | 4,0 | 17,2 | 9,8 |

07.11.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2), СВД, церебрастенический с-м. Вертеброгенная люмбалгия. Рек: МРТ головного мозга: актовегин 10,0 билобил 80 г 1р/д, Магне В 6 1т 2р/д

06.11.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9 ; Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды сужены, слегка извиты, В макуле, на периферии без особенностей.

ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

07.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

03.11.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

03.11.17 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Нарушение кровообращения II ст с обеих сторон.

Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева – 1,0. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

02.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5 см3; лев. д. V =7,6 см3

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, актовегин, нуклео ЦМФ, берлитион, L-тироксин 100 мкг, массаж н/к.

Состояние больного при выписке: гликемия в пределах целевого уровня, нормализовались показатели гликемии натощак, у пациентки были выявлены скрытые гипогликемии во сне в ранние утренние часы, на фоне проведенной коррекции инсулинотерапии гипогликемии ночью не отмечаются, легкое гипогликемическое состояние после ужина 15.11.17 связано с недостаточным приемом пищи. Пациентке было предложено увеличить дозу L- тироксина до 125 мкг/сут, однако после однократного приема в дозе 125 мкг от дальнейшего приема отказалась в связи с явлениями онемения в области шеи.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит..
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра 14-16 п/з- ед., п/о-14-16 ед., п/уж -14-16 ед., Лантус в 7.00-33-34 ед. Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг 1т 2р/д-1 мес, билобил 80 мг 2р/д-1мес, Магне В6 1т 2р/д -1 мес. .
6. УЗИ щит. железы в динамике через 3-6 мес для уточнения наличия узлов (кольцевых структур), при необходимости повторная ТПАБ узла щитовидной железы.
7. L-тироксин 100 мкг/ сут. контроль ТТГ через 3-6 мес.

Выдана справка №

Леч. врач Севумян К.Ю.

и.о. зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.