#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 554

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

Год рождения: 1985

Место жительства: Запорожье, Ул. Чумаченко 14а -26

Место работы: ООО « Анкор Плюс» Консультант, инв. Ш гр.

Находился на лечении с 16.04.13 по 29.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и ацетонурии , декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. Диабетическая Энцефалопатия, цефалгический, цереброастенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоимунный тиреодит, атрофическая форма. Гипотериоз, средней тяжести. Медикаментозная компенсация. Осложненная миопия ОИ. Хориоретинальная дистрофия ОИ. Ангиопатия сетчатки ОИ

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 7 кг за полгода, онемение ног, на периодические гипогликемические состояния в различное врея суток, чаще в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (актрапид НМ, Протафан НМ). С 04.2008г. в связи с гипогликемическими состояниями переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 6-8ед., п/о-8-10 ед., п/у- 8-10ед., Левемир 22.00 18-20 ед. Гликемия –6,0-11,0 ммоль/л. НвАIс 9,6 % (03.2013). Последнее стац. лечение в 2012г. С 2007 выявлен АИТ, гипотериоз. Принимает 125мкг L-тироксин. В 2008, АТТГ 69,4 МЕ/мл (0-100). АтТПО 105,1 МЕ/л (0-100). ТТГ 2,05 (0,4-4,0)МЕ/мг от 22.03.13. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.04.13Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр –4,4 лейк –4,0 СОЭ –15 мм/час

э-4 % п-2 % с-53 % л-25 % м-16 %

17.04.13Биохимия: СКФ –77 мл./мин., хол 4,91– тригл -1,10 ХСЛПВП -1,69 ХСЛПНП -2,72 Катер -1,90 мочевина –3,4 креатинин –89 бил общ –10,3 бил пр –2,6 тим –1,2 АСТ – 0,45 АЛТ –0,40 ммоль/л;

### 04.13Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон 3+++ эпит. пл. -много ; эпит. перех. –ум-колво в п/зр, слизь, бактерии.

С20.04.13 Ацетон - отр

22.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

18 04.13Суточная глюкозурия –0,47 %; Суточная протеинурия – отр

##### 19.04.13Микроальбуминурия – 39,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.04 | 8,4 | 8,9 | 4,5 | 5,1 |
| 21.04 | 6,3 | 5,7 | 8,3 | 6,4 |
| 23.04 | 8,1 | 6,4 | 3,9 |  |
| 28.04 | 5,9 | 7,6 | 5,3 | 6,1 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. Диабетическая энцефалопатия, цефалгический, цереброастенический с-м.

Окулист: VIS OD=0,1-3,5=0,7 OS=0,0,1-4,0=0,8 ; ВГД OD= 19 OS=19

Гл. дно: Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. По периферии хориоретинальная дистрофия ОИ. Д-з: Осложненная миопия ОИ. Хориоретинальная дистрофия ОИ. Ангиопатия сетчатки ОИ

16.04.13ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

22.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V =2,4 см3; лев. д. V =2,6 см3

По сравнению с УЗИ от 04.2012г. Щит. железа уменьшилась, контуры фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, тиогамма турбо, мильгамма, ксилат, кортексин, эссенциале, L-тироксин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 10-12ед., п/о- 8-10ед., п/у-6-8 ед., Левемир 22.00 24-25 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: Бенфогамма 300 1т/сут 3 нед.
9. L- тироксин (эутирокс) 125 мкг утром, постоянно. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ 2 р/год.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
11. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 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.
13. Б/л серия. АБЖ № 503860 с 16.04.13 по 29.04.13. К труду 30.04.13г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.