#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1465

##### Ф.И.О: Никитина Татьяна Александровна

Год рождения: 1980

Место жительства: Запорожье, Авраменко 15-155

Место работы: инв Ш гр (детства)

Находился на лечении с 11.11.13 по 23.11.13 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. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия V ст. ХБП II ст. Анемия. Диффузный зоб II. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 10 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение, снижение чувствительности ног, периодические гипогликемические состояния, купируемые приемом пищи.

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 связи с частыми гипогликемическими состояниями в 2012 переведена в условиях эндокриндиспансера на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 6-8ед., п/о- 8-10ед., п/у- 4-6ед., Лантус 22.00 – 28 ед. Гликемия –5,0-11,0 ммоль/л. НвАIс -9,5 %. Последнее стац. лечение в 2012г. Диабетическая нефропатия с 2010, усугубилась после беременности, родов. С 2012 периодически повышение уровня креатинина, анемия. 2010 – диффузные изменения щитовидной железы. АТТГ – 41,3 МЕ/мл (0-100); АТТПО 22 МЕ/мл (0-30); ТТГ – 5,8 Мме/л (0,3-4,0) от 2011. ТТГ-4,3 Мме/л (0,3-4,0) от 2012. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.11.13Общ. ан. крови Нв –105 г/л эритр – 3,4 лейк –5,5 СОЭ – 53 мм/час

э- 1% п- 1% с-74 % л- 19% м- 5%

12.11.13Биохимия: СКФ –73 мл./мин., хол –7,3 тригл -1,57 ХСЛПВП -2,09 ХСЛПНП -4,6 Катер -2,5 мочевина –9,3 креатинин –121 бил общ –13,3 бил пр –3,4 тим – 6,1 АСТ –0,27 АЛТ –0,37 ммоль/л;

21.11.13 Мочевина – 8,4, креатинин 113

15.11.13 К- 4,7 Na- 139 Са – 4,2

12.11.13Глик. гемоглобин -10,4 %

15.11.13 Сывороточное железо – 13,4 мкмоль/л(6,6-30,4)

15.11.13 ТТГ –1,8 (0,3-4,0) Мме/л

### 12.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 2-3 в п/зр белок – 1,078 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

15.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр -1000 белок – 0,670

14.11.13Суточная глюкозурия – 0,67%; Суточная протеинурия – 2,07

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.11 | 4,7 | 3,2 | 6,0 | 5,2 |  |
| 14.11 | 9,6 | 3,8 | 5,2 | 8,6 | 14,5 |
| 15.11 2.00-15,2 | 12,1 |  |  |  |  |
| 19.11 | 10,5 | 6,8 |  | 7,7 |  |
| 21.11 | 6,9 | 7,1 | 4,6 |  |  |

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия I, астеновегетативный, невростонический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к.

Окулист: VIS OD=0,1 с кор=0,3 OS= 0,1 с кор =0,6 ; ВГД OD=20 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Осложненная миопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП IIcт. Диабетическая нефропатия, анемия.

Гематолог: Анемия смешанного генеза.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,4 см3; лев. д. V = 8,4см3

Перешеек – 0,58см.

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиогамма турбо, актовегин, мильгамма, кортексин, рибоксин, фозикард, атаракс.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Эпайдра п/з- 6-8ед., п/о-8-10 ед., п/у- 4-6ед., Ланутс 22.00 28-30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, ОАК, ОАМ, креатинина, К, общего белка крови.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Фозикард 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. 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.
9. Рек. невропатолога: атаракс ½ т утро ½ в обед + 1т веч. – 2 мес.
10. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Тардиферон 1т сут.
12. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
13. Рек. гематолога: тардиферон 1т./д. утр. 3 мес. затем 1т/д - 10 дней после каждой менструации. Дан совет по питанию. Контроль ч/з 2 мес.
14. 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.