#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1315

##### Ф.И.О: Уласкина Юлия Сергеевна

Год рождения: 1983

Место жительства: Запорожье, Горького, 163/53

Место работы: н/р

Находился на лечении с 14.10.13 по 28.10.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, в/к, сенсо-моторная форма. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с хроническим пиелонефритом. ХБП II ст Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб 1ст. Узел левой доли. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 2 кг, боли в н/к, судороги, онемение ног, периодические гипогликемические состояния, сухость во рту, жажду.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кетоацидотическое состояние в 2012. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2011 в связи частыми гипогликемическим состояниями в условиях энд. диспансера переведена на Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 4-5-6ед., п/о-1-2 ед., п/у-5-6 ед., Левемир 22.00 13-14.Гликемия –3,0-14,0 ммоль/л.HbA1C – 9,4% от 04.10.13. Последнее стац. лечение в 2012г. АИТ, гипотиреоз с 1991. АТТПО 1735 МЕ/мл от 2010. Принимает L-тироксин 175-200мкг/сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.10.13Общ. ан. крови Нв –166 г/л эритр –5,0 лейк – 8,0 СОЭ – 5 мм/час

э- 1% п-1 % с-53 % л- 39 % м-6 %

15.10.13Биохимия: СКФ –71 мл./мин., хол – 3,0тригл 1,40- ХСЛПВП -1,96 ХСЛПНП -0,40 Катер -0,53 мочевина –2,8 креатинин –83 бил общ –15,4 бил пр – 3,8тим – 2,9 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,33 ммоль/л;

15.10.13Анализ крови на RW- отр

18.10.13 ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/л

### 15.10.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – на ½ в п/зр белок – 0,036 ацетон –отр; эпит. пл. –ув. кол-во ; эпит. перех. – ув. кол-во в п/зр

17.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -40000 эритр -1500 белок – 0,045

23.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

10.13Суточная глюкозурия – 1,92%; Суточная протеинурия – 0,058 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.10 | 4,1 | 9,6 | 9,9 | 6,7 | 9,9 |
| 17.10 | 8,2 |  | 11,6 | 3,8 |  |
| 20.10 |  |  |  | 3,3 | 8,3 |
| 21.10 | 2,8 | 6,4 | 12,9 | 7,2 | 9,8 |
| 22.10 2.00-11,9 | 4,8 |  |  |  |  |
| 24.10 |  | 8,8 | 7,6 | 14,3 | 16,6 |
| 25.10 | 5,5 |  |  |  |  |
| 27.10 | 4,1 | 5,5 | 15,6 | 13,1 | 8,4 |
| 28.10 2.00-7,2 |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, в/к, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD=0,3 OS= 0,8 ; ВГД OD= 19 OS=19

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

ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Неполная блокада ПНПГ. Диффузные изменения миокарда.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом.

Гинеколог: Патологии не выявлено.

РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела, функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме правой почки.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,6см3; лев. д. V = 3,7 см3

Щит. железа меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура – прослойки фиброза . В лев доле у перешейка изохенный узел с гидрофильным ободком 1,1\*0,61 см с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, тиогамма, мильгамма, эссенциале, L-тироксин, L-флокс.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, клинически гипогликемических состояний в отд. не отмечалось. уменьшились боли в н/к. АД 90/60 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- 6-8ед., п/о- 5-7ед., п/у- 4-6 ед., Левемир 22.00 – 12-14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
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: нуклео ЦМФ 2,0 в/в № 10 затем 1т. \*2р/д 20 дней.
9. L-тироксин (эутирокс) – 175 мкг /сут. Контроль ТТГ 2р/год. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. 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. Канефрон 2т. \*3р/д.1 мес, 3-4 р/год
11. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, 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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.