#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 932

##### Ф.И.О: Грищенко Анастасия Алексеевна

Год рождения: 1987

Место жительства: Запорожье, ул. Чумаченко 25-85

Место работы: КУ ЗОС «Дом ребенка «Солнышко»», мл м/с, инв IIгр.

Находился на лечении с 15.07.13 по 02.08.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Артифакия ОИ. Авитрия ОД Рецидивирующий гемофтальм ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к II-Ш ст. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, субклиническое течение. Диабетическая нефропатия IV ст. ХПН 0. ХБП 1 . Хронический вирусный гепатит «С». Аутоиммунный тиреоидит без увеличения размеров щитовидной железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния, увеличение веса на 2-3 кг, ухудшение зрения, онемение ног, головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, комы: последняя в 2010г. С начала заболевания инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ). В 2011 в связи с гипогликемическими состояниями переведена на Лантус, Актрапид НМ. В 2013 в усл. эндокриндиспансера Актрапид НМ заменен на Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-20 ед., п/о- 8ед., п/у- 6ед., Лантус 22.00 – 4 ед. Гликемия –4,2-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г.Фиброзные изменения в щитовидной железе на протяжении нескольких лет. В 01.2013 АТТГ – 171,3 МЕ/мл(0-100) АТТПО 27,1/мл (0-30), ТТГ 0,8Мме/л (0,3-4,0).С 12.2012 рецидивирующий гемофтальм ОИ, витерэктомия, лазеркоагуляция сетчатки. В 2004 флегмона левой стопы, ампутация пальца. В 2012 трофическая язва левой стопы находилась на лечении в х/о 3 г.б. В 2004 выявлен хронический вирусный гепатит С, наблюдается в гепатоцентре. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.07.13Общ. ан. крови Нв – 121 г/л эритр – 3,8 лейк –4,6 СОЭ –32 мм/час

э-2 % п-3 % с- 55% л- 34 % м- 6%

24.17.13 СОЭ 23 мм/час

16.07.13Биохимия: СКФ –88,9 мл./мин., хол –4,1 тригл -1,7 ХСЛПВП -1,39 ХСЛПНП -1,93 Катер – 1,94мочевина –4,8 креатинин –95 бил общ –137 бил пр –3,4 тим –4,8 АСТ –0,30 АЛТ – 0,84 ммоль/л;

16,07.13Глик. гемоглобин – 11,7%

16.07.13Анализ крови на RW- отр

### 16.07.13Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед; эпит. перех. - ед в п/зр

22.07.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6000 эритр -250 белок – 0,5

24.07.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500эритр - белок – 0,3

23.07.13Суточная глюкозурия – 0,71%; Суточная протеинурия – 0,297

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.07 | 14,0 | 13,4 | 6,7 | 4,4 | 4,3 |
| 17.07 2.00-7,2 | 6,3 |  |  | 6,3 | 12,4 |
| 19.07 | 13,2 | 12,1 | 4,7 | 6,1 | 9,7 |
| 21.07 |  | 5,2 | 7,6 | 4,8 | 4,9 |
| 24.07 | 7,5 | 9,1 | 2,5 | 8,6 | 5,2 |
| 28.07 | 7,3 | 5,1 | 8,0 | 14,3 |  |
| 30.07 2.00-6,6 |  |  |  |  |  |
| 31.07 2.00-6,6 | 8,2 |  |  |  |  |
| 01.08 | 12,5 | 11,8 | 3,5 | 9,7 | 7,6 |
| 02.08 2.00-7,2 | 7,0 |  |  |  |  |

01.13Невропатолог: дистальная диабетическая полинейропатия н/к, субклиническое течение.

Окулист: VIS OD=0,4 OS=светоощущене

Артифакия ОИ. Авитрия ОД. Гл. дно: Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, отек сетчатки, кровоизлияния в стекловидное тело в OS, множественные лазеркоагулянты. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Артифакия ОИ. Авитрия ОД Рецидивирующий гемофтальм ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.07.13ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена вправо(α =+105°0. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

01.13Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II- Ш ст.

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

12.12УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,9 см3; лев. д. V = 5,4см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура диффузно неравномерная с мелкими фиброзными включениями.

Регионарные л/узлы не визуализируются.

Лечение: Лантус, Эпайдра.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, тяжелых гипогликемических состояний не наблюдается. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 21-22ед., п/о-6-8 ед., п/у- 5-7ед., Лантус утр -42-44 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 2,5-5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., конс. лазерного хирурга.
10. 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.
11. Б/л серия. АБЖ № 503988 с 15.07.13 по 02.08.13. К труду 03.08.13г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.