|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 382

##### Ф.И.О: Шаповалова Ирина Васильевна

Год рождения: 1972

Место жительства: Бердянск, Дачная 102

Место работы: инв IIIгр.

Находился на лечении с 11.03.13 по 23.03.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип1 , тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диабетическая нефропатия IIIст. ХПН 0. Аутоиммунный тиреодит, рецидив узлового зоба (струмэктомия 1996г.) Узел правой доли. Послеоперационный гипотериоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Хронический бронхит вне обострение. ЛН 0.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния в различные время суток, сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, частые гипогликемические состояния. Неустойчивая гликемия. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар К 25 100Р. В 2007г. в связи с гипогликемическими состояниями переведена на Левемир, в дальнейшем Новорапид. В наст. время принимает: Левемир п/з- 20-22ед., п/у- 20-22ед., Новорапид п/з 5-6 ед., п/о 5-6 ед., п/у 5-6ед. Гликемия –11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. в 1996 струмэктомия по поводу узлового зоба, тогда же диагносцирован АИТ, с того же времени принимает L-тироксин. С2009г. рецидив узлового зоба. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.03.13Общ. ан. крови Нв – 132 г/л эритр –4,0 лейк –3,9 СОЭ – 20 мм/час

э- 2% п- 3% с-55 % л-36 % м-4 %

12.03.13Биохимия: СКФ –102,5 мл./мин., хол –5,56 тригл -1,11 ХСЛПВП -2,01 ХСЛПНП -3,05 Катер -1,76 мочевина –3,7 креатинин –75,6 бил общ –15,9 бил пр –4,0 тим – 1,2 АСТ –0,15 АЛТ –0,10 ммоль/л;

13.03.13Глик. гемоглобин – 10,0%

12.03.13Анализ крови на RW- отр

15.03.13 ТТГ – 2,9 (0,3-4,0) Мме/л

### 12.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

14.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

13.03.13Суточная глюкозурия – 0,97 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.03.13Микроальбуминурия – 99,7мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.03 | 10,1 | 10,9 | 8,6 | 9,9 | 11,8 |
| 16.03 | 9,6 | 10,0 | 8,8 | 3,4 | 11,5 |
| 19.03 | 5,2 | 12,2 | 6,0 | 7,2 | 7,8 |
| 20.03 |  | 6,8 |  |  |  |
| 21.03 | 6,6 | 8,1 | 9,0 |  | 8,1 |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 21 OS=20

Гл. дно: Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.03.13ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Пульмонолог: Хронический бронхит вне обострение. ЛН 0.

13.03.13РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

18.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы.

20.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2см3; К.л.д. фиброз

Щит. железа обычно расположена, не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная.В пр. доле в ср/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,92\*1,55 см. В н/3 пр. доли изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,55\*1,27 см., с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: культя левой доли, узлы правой доли.

Лечение: Левеми, Новорапид, Тиогамма турбо, вазонит, мильгамма, L-тироксин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид НМ п/з- 8-10ед., п/о-4-6 ед., п/у-6-8 ед.,

Левемир п/з 23-25 ед., п/у-25-27 ед.,

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 3 мес.
5. L-тироксин 100 мкг утром, УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. 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.

Гл. врач Черникова В.В.