#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 600

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

Год рождения: 1985

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чумаченко 14а - 26

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.05.15 по 05.06.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Периферическая хориоретинальная дистрофия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Миопия ОИ.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, онемение ног, повышение АД макс. до 130/100 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния, преимущественно в ночное время, общую слабость, быструю утомляемость, боли в коленных суставах, пекущие боли в стопах, усиленный аппетит.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, ацетонурия. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 04.2008 в связи с гипогликемическими состояниями переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о- 3-4ед., п/у- 6ед., Левемир п/з – 12 ед, 22.00 – 18 ед. Гликемия –2,0-10,0 ммоль/л. НвАIс - 9% от 12.2014. Последнее стац. лечение в 2014г. АИТ, гипотиреоз с 2007, принимает L-тироксин 125 мкг; АТТГ – 69 (0-100) Мме/л; АТ ТПО –105 (0-30) МЕ/мл от 2008. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.05.15 Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр –4,0 лейк –6,7 СОЭ –7 мм/час

э-2 % п-0 % с- 68% л- 24 % м- 6%

13.05.15 Биохимия: СКФ –76,1 мл./мин., хол –5,6 тригл – 1,09 ХСЛПВП -1,76 ХСЛПНП – 3,35Катер -2,2 мочевина – 5,5 креатинин – 95 бил общ –10,3 бил пр –2,4 тим –1,38 АСТ –0,78 АЛТ –0,32 ммоль/л;

13.05.15 Анализ крови на RW- отр

15.05.15 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/л

### 22.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - в п/зр

20-21.05.15 ацетон 1-3+++

С 22.05.15 ацетон – отр

03.06.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - 250 белок – отр

21.05.15 Суточная глюкозурия – 3,1%; Суточная протеинурия – отр

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.05 | 12,1 | 9,1 | 7,5 | 6,5 |  |
| 18.05 | 12,9 | 7,3 | 6,2 |  |  |
| 19.05 | 15,4 | 8,4 | 9,0 | 7,1 |  |
| 21.05 | 16,6 | 6,9 | 12,4 | 6,1 |  |
| 22.05 | 14,5 |  |  |  |  |
| 23.05 | 10,7 |  |  |  |  |
| 25.05 | 11,5 |  |  |  |  |
| 26.05 | 6,6 | 7,7 | 8,3 | 5,1 | 3,9 |
| 27.05 2.00-2,2 | 10,5 |  |  |  |  |
| 28.05 | 4,9 | 10,0 | 8,7 | 3,5 |  |
| 01.06 | 11,7 | 8,6 | 7,9 | 8,4 | 11,0 |
| 03.06 | 12,4 | 7,1 | 9,0 | 5,6 | 2,8 |
| 04.06 2.00-3,4 | 14,0 |  |  |  |  |
| 05.06 | 7,0 |  |  |  |  |

12.05.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

18.05.15Окулист: VIS OD= 0,1-4,5=0,9 OS= 0,1-5,0=0,8

Артерии сужены, склерозированы. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). По периферии хориоретинальная дистрофия Д-з: Миопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Периферическая хориоретинальная дистрофия ОИ.

12.05.15ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

17.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.05.15Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

13.05.15РВГ: Нарушение кровообращения справа - Iст слева – N, тонус сосудов N.

22.05.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, функционального раздражения кишечника.

13.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,6см3; лев. д. V = 4,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, тиоктацид, нейробион, эссенциале, лизиноприл, L-тироксин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, исчезла ацетонурия, но сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 10-13ед., п/о-2-4 ед., п/уж -2-4 ед., Левемир п/з 26-28 ед п/у 22-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Лизиноприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10.
10. L-тироксин 125 мкг утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 2р/год.
11. Рек. нефролога: ингибиторы АПФ, курсы сосудистых перпаратов, контр ан крови мочи, , показателей азотемии в динамике.
12. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
13. 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.