#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 624

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

Год рождения: 1985

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

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 16.05.16 по 30.05.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вегетативная дисфункция, перманентного характера, цефалгический с-м. Кандидозный кольпит. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Миопия средней степени ОИ. Миопический астигматизм ОИ. Аллергический коньюктивит.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 5-6 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния в различное время суток, купируемые дополнительным приемом пищи..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ). С 2008 в связи с декомпенсацией СД переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-10ед., п/о-2-4ед., п/у-4-6ед., Левемир п/з 30 ед, 22.00 – 20 ед. В вязи с нерегулярным снабжением по м\ж Новорапидом и Левемиром на протяжении 2х последних месяцев вводила Лантус 40-45 ед в сутки. Гликемия –2,5-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. АИТ, гипотиреоз с 2007, принимает L-тироксин 125 мкг/сут. АТТГ (0-100) мМЕ/л. АТТПО 105 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.05.16 Общ. ан. крови Нв – 138г/л эритр –4,1 лейк –6,0 СОЭ – 3 мм/час

э- 3% п- 6% с- 55% л-34 % м- 2%

17.05.16 Биохимия: СКФ –107,4 мл./мин., хол –4,8 тригл – 1,31ХСЛПВП -2,1 ХСЛПНП -2,1 Катер -1,3 мочевина –4,9 креатинин – 74,2 бил общ –16,2 бил пр –4,0 тим –2,6 АСТ – 0,26 АЛТ – 0,38 ммоль/л;

17.05.16 Глик. гемоглобин -10,0 %

17.05.16 Анализ крови на RW- отр

17.05.16 ТТГ – 2,5 (0,3-4,0) Мме/мл

### 17.05.16 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ного ;

### 20.05.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

19.05.16 Суточная глюкозурия – 2,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.05.16 Микроальбуминурия –47,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.05 | 10,5 | 7,2 | 10,0 | 12,3 |
| 19.05 | 15,0 | 12,1 | 12,1 | 10,4 |
| 21.05 | 16,2 |  |  |  |
| 23.05 | 5,1 | 7,0 | 5,9 | 7,2 |
| 26.05 | 10,0 | 9,2 | 9,4 | 8,0 |
| 28.05 | 6,2 | 5,6 | 6,8 | 8,6 |

16.05.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вегетативная дисфункция, перманентного характера, цефалгический с-м.

28.05.16Окулист («Визус»): VIS OD= 0,09-5,75=1,0 OS= 0,09-5,25=1,0 ; ВГД OD= 19 OS=18

Д-з: Миопия средней степени ОИ. Миопический астигматизм ОИ. Аллергический коньюктивит.

16.05.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

16.05.16Гинеколог: Кандидозный кольпит .

20.05.16РВГ: Нарушение кровообращения справа I ст. слева – N , тонус сосудов N.

25.05.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V =4,2 см3

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

Лечение: L-тироксин Левемир, кортексин, тиоктацид, нейробион, Новорапид, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД компенсировать на инсулине Левемир не удалось, сохранялась неустойчивая гликемия, усиленный аппетит, в связи с чем переведена на Лантус, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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-12-14 ед., п/о-2-4 ед (при необходимости), п/уж -4-6 ед., Лантус п/з 52-54 ед,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
7. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
8. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.