#### 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 слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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.

12.05.16Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS=

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., дицинон 1т. 3р/д., вазонит 1т.\*2р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д, эмоксипин 2к. \*3р/д. в ОИ, тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, трайкор 1т 1р/д,, слезавит 1т.\*1р/д. оптикс форте 1т 1р\д конс. лазерного хирурга.
11. 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.