#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 671

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

Год рождения: 1985

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко14а-26

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 10.05.17 по 23.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям , ст. декомпенсации.Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение . Диабетическая ангиопатия артерий н/к1ст.Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. ВСД перманентного характера, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния в различное время суток,онемение стоп,боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания принимала инсулинотерапию: Актрапид НМ, Протафан. С 2008 в связи с гипоглик. состояниями переведена на аналоги (Новорапид Левемир). В 2016 переведена на Лантус. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 6ед., п/о- 4ед., п/у- 4ед., Лантус п/з 48 ед, Гликемия –3,0-12,0ммоль/л. Глик.гемоглоб-8,95% от 26.04.17.Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ,гипотиреоз с 2007.АТТПО-105Ме/мл ,ТТГ – 8,07 (0,3-4,0) Мме/мл от 26.04.17.Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 11.05 | 133 | 4,0 | 5,1 | 15 | 1 | 0 | 65 | 31 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.5 | 108,4 | 4,7 | 1,24 | 1,9 | 2,2 | 1,5 | 6,7 | 78,1 | 13,4 | 3,3 | 1,1 | 0,15 | 0,59 |

12.05.17 ТТГ – 1,9 (0,3-4,0) Мме/мл

12.05.17 К – 4,11 ; Nа –141,5 Са - 2,2 ммоль/л

### 11.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1034 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

17.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

12.05.17 Суточная глюкозурия –отр %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.05 | 4,1 |  |  |  |
| 12.05 | 5,9 | 6,2 | 6,3 | 8,0 |
| 16.05 | 7,9 | 6,6 | 4,9 | 4,9 |

10.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение ВСД перманентного характера, цереброастенический с-м.

2016.Окулист: Д-з:Миопия средней степени ОИ. ВСД перманентного характера, цереброастенический с-м.

ВСД перманентного характера, цереброастенический с-м.

Миопический астигматизм ОИ.

10.05.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен.Ритм синусовый.Эл. ось не отклонена 16.05.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

Рек. кардиолога: Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

11.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.05.17 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

11.05.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

15.05.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, изменений диффузного типа в паренхиме щит. железы с уменьшением её объема.

16.05.17.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,0 см3; лев. д. V = 2,0см3

Перешеек – 0,3см.

Эхоструктура норм.эхоинтенсивности,с выраженной неравномерностью, с чередованием гипоэхогенных и гиперэхогенных участков, мелкими фиброзными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются.

Лечение: L-тироксин, Лантус, Новорапид, Тиогамма, нейробион

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 6-8ед., п/о-4-6 ед., п/уж -4-6 ед., Лантус перед завтр. 48-50ед.
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. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
7. L-тироксин 125 мкг утр.УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. 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. Карпенко И.В