#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 166

##### Ф.И.О: Уласкина Юлия Сергеевна

Год рождения: 1983

Место жительства: г.Запорожье ул. Горького 163 53

Место работы: д/о, инв ш гр

Находился на лечении с 02.02.17 по 28.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия Ш ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, Узловой зоб 0-1 ст. Узел левой доли. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. НЦД по смешанному типу. СН 0. Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м. Остеоартроз суставов кистей Rо 0 СФН0-I в сочетании с диабетической артропатией. Неалкогольная жировая болезнь 1 ст, спаечный колит со склонность к запорам. НМЦ по типу полименореи.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая – 2014, кетоацидотическая – 2007. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2014 в связи с частыми гипогликемическими состояниями перееден на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з-6-8 ед., п/о-6-8 ед., п/у-3-4 ед., Левемир 22.00 12 – 14 ед. Гликемия –2,5-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ, гипотиреоз с 1994, Узловой зоб с2010. Принимает L-тироксин 150 мкг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.02.17 Общ. ан. крови Нв –152 г/л эритр –4,6 лейк – 5,1 СОЭ –5 мм/час

э- 0% п- 0% с- 55% л- 42% м-3 %

03.02.17 Биохимия: СКФ – 68,7мл./мин., хол –4,2 тригл -1,47 ХСЛПВП -1,8 ХСЛПНП -1,73 Катер – 1,3мочевина – 4,1 креатинин – 85 бил общ – 28,2бил пр – 6,8 тим – 2,11АСТ – 0,15 АЛТ – 0,65 ммоль/л;

13.02.17бил общ – 13,5 бил пр – 3,4 тим – 2,3 АСТ – 0,34 АЛТ –0,61 ммоль/л;

09.02.17 Анализ крови на RW- отр

10.02.17ТТГ – 19,3 (0,3-4,0) Мме/мл

03.02.17 К – 4,2 ; Nа – 140 Са – 2,18 С1 – 106 иСа – 1,09 ммоль/л

### 06.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

07.02.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

16.02.17 Микроальбуминурия –22,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.02 | 3,9 | 9,3 | 7,2 | 2,9 | 14,2 |
| 06.02 | 5,0 | 8,2 | 4,0 | 9,0 | 6,5 |
| 10.02 | 7,3 | 5,0 | 6,3 | 9,2 |  |
| 15.02 | 13,3 | 11,1 | 4,4 | 7,7 |  |
| 17.02 | 2,8 | 4,9 | 3,9 |  | 5,3 |
| 19.02 | 10,2 | 6,5 | 4,7 | 9,9 | 9,7 |
| 21.02 | 6,5 | 5,9 | 8,1 | 10,9 |  |
| 22.02 2.00-4,3 | 4,6 | 13,2 | 10,0 | 16,1 |  |
| 24.02 | 12,6 | 8,9 | 8,4 | 11,3 | 3,9 |
| 26.02 2.00-12,1 | 6,7 | 5,8 | 5,3 | 3,3 |  |
| 26.07 |  | 13.00-3,4 |  |  | 6,7 |
| 28.02 2.00-5,7 | 5,5 |  |  |  |  |

02.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м.

07.02.17Окулист: VIS OD= 0,2цил- 2,0=1,0 OS=1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды неравномерного калибра, извиты, полнокровны, сосуд извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Анизометропия, миопический астигматизм ОД. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

02.02.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

08.02.17 Ревматолог: Остеоартроз суставов кистей Rо 0 СФН0-I в сочетании с диабетической артропатией.

08.02.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН 0.

08.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.02.17Гинеколог: НМЦ по типу полименореии. АИТ (гипотиреоз)

08.02.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

15.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, функционально раздражения кишечника.

09.02.17 УЗИ ОМТ: Эхопризнаки 1 фазы МЦ.

02.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =2,9 см3; лев. д. V = 4,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. В левой доле в/3, изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,33\*0,8 см. с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Тиогамма, витаксон, актовегин Новорапид, Тожео.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. переведена с Левемира на Тожео.

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-6-8ед., п/о-2-3 ед., п/уж – 6-8ед., Тожео 22.00 18-20 ед.При сохраняющихся гипогликемических состояниях повторная конс. в условиях ЗОЭД для изменения режима введения Тожео.
4. Рек кардиолога кардонат 1 т 2р\д 1 мес.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек ревматолога: хондропротекторы 3 мес 3 курса в год, препараты кальция 500мг 2\д 2 мес, 3 курса в год. Наблюдение терапевта.
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.
9. Справка № с 02.02.17 по 28.02.17

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В