#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1182

##### Ф.И.О: Чиникулова Лола Ораловна

Год рождения: 1973

Место жительства: г. Запорожье, ул. Авраменко 18-48

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 24.09.14 по 11.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая энцефалопатия II, цереброастенический с-м. АИТ, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. Начальная катаракта ОИ. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, стадия нест. ремиссии.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, общую слабость, быструю утомляемость, периодические гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1977г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы часто в детском возрасте, гипогликемическая кома в 2008. С начала заболевания инсулинотерапия: В –инсулин, Актрапид НМ, Протафан НМ. В связи с отсутствием компенсации, гипогликемическими состояниями в 2006 переведена на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4-5ед., п/о-2-3 ед., п/у- 5-7ед., Лантус 22.00 – 14 ед. Гликемия –3,0-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. АИТ с 2002. Узловой зоб с 2011. Непродолжительное время принимала L-тироксин. 2002 АТТПО -89 Ме/мл (0-30) АТТГ -239 МЕ/мл (0-100). ЖКБ хронический калькулезный холецистит с 2009г. Фибром эктомия левой молочной железы 2007. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.09.14 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр – 4,3 лейк 5,3– СОЭ –10 мм/час

э-2 % п- 0% с- 50% л- 42 % м- 6%

25.09.14 Биохимия: СКФ –74 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,42 ХСЛПВП -2,13 ХСЛПНП -2,42 Катер -1,4 мочевина –5,6 креатинин – 87 бил общ –15,5 бил пр –3,8 тим –1,7 АСТ –0,28 АЛТ –0,23 ммоль/л; бил общ – 74 г/л

26.09.14ТТГ –1,3 (0,3-4,0) Мме/л

26.09.14 К – 4,2 ; Nа – 143,3 Са -25 ммоль/л

### 25.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. –ед в п/зр

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

26.09.14 Суточная глюкозурия – 0,59%; Суточная протеинурия – отр

##### 26.09.14 Микроальбуминурия –95,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.09 | 4,4 | 8,8 | 9,8 | 4,5 | 6,7 |
| 26.09 7.00-4,6 |  |  |  |  |  |
| 29.07 | 5,0 |  | 12,7 | 10,3 | 6,7 |
| 01.10 | 10,7 | 12,2 | 8,4 | 2,5 | 8,4 |
| 03.10 | 12,2 | 15,6 | 10,2 | 13,0 | 10,4 |
| 06.10 | 5,3 |  |  |  |  |
| 07.10 |  | 4,3 |  |  |  |
| 08.10 | 7,5 | 9,1 | 6,3 | 3,6 | 5,0 |
| 11.10 |  |  |  |  |  |

25.09Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая энцефалопатия II, цереброастенический с-м.

25.09.Окулист: VIS OD= 0,4 OS=0,2

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

22.09.ЭКГ: ЧСС -86 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось вертикальная.

25.09.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.10.РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

06.10УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела, конкремента в желчном пузыре, на фоне застоя, мелких конкрементов, микролитов в почках.

25.09УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,4 см3; лев. д. V =7,4 см3

Щит. железа несколько больше нормы, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,45 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 см. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: престариум, цитрин, авамис, эспа-липон, Эпайдра, Лантус, эссенциале, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к, исчезли судороги в икроножных мышцах. 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: Эпайдра п/з- 6-9 ед., п/о-5-7 ед., п/уж – 6-7 ед., Лантус п/з 15-17 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. Престариум 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Эспа-липон (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: магникум 2т/сут 2 нед, глиятилин 1000 мг в/м или в/в кап № 10, затем 400 мг 2р\сут 1 мес,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 2р/год
11. Конс хирурга по поводу ЖКБ.
12. Контр ан мочи в динамике в связи с периодическими явлениями цистита
13. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
14. 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.

Гл. врач Черникова В.В.