#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1254

##### Ф.И.О: Бабкова Елена Андреевна

Год рождения: 1975

Место жительства: г. Запорожье ул. Бочарова 8б -31

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.10.15 по 26.10.15 в энд. 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. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вегетативная дисфункция , астено- невротический синдром. Диаб. ангиопатия артерий н/к .Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация .Узловой зоб 0-I. Мелкий узел левой доли. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг (гипокалорийная диета ) за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р). С 2006 Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-20 ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Лантус 22.00 – 30-32 ед. Гликемия –1,4-15 ммоль/л. Гликоз.гемоглобин-8,3% . Боли в н/к в с начала заболевания. Повышение АД в течение 2 лет, гипотензивную терапию принимает не систематически В 2002 прооперирована по поводу узлового зоба ПГЗ№3584-46, в следствии чего развился гипотиреоз. Принимает эутирокс 37,5 мкг\сут. С 2010 года- узловой зоб 0-I,мелкий узел левой доли Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.10.15 Общ. ан. крови Нв – 117г/л эритр –3,7 лейк –4,6 СОЭ –13 мм/час

э- 0% п- 0% с- 57% л- 41 % м- 2%

16.10.15 Биохимия: СКФ –128 мл./мин., хол –4,67 тригл -0,88 ХСЛПВП -1,11 ХСЛПНП -3,16 Катер -3,2 мочевина –2,7 креатинин –75,6 бил общ – 10,0 бил пр –2,5 тим –4,2 АСТ – 0,16 АЛТ –0,40 ммоль/л;

16.10.15ТТГ – 2,5 (0,3-4,0) Мме/мл

### 16.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

19.10.15 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – отр

08.2014 Микроальбуминурия 58,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.10 | 5,1 | 3,8 |  | 3,3 |  |
| 19.10 | 5,9 | 6,3 | 5,0 | 8,6 |  |

15.10.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вегетативная дисфункция, астено-невротический с-м.

Окулист: VIS OD= 0,4 ; OS=0,4

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.10.15ЭКГ: ЧСС -55уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовая, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

16.10.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.10.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз см3; лев. д. V = 12,2см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная В левой доле у заднего контура узел с кальцинированной стенкой 0,46 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культя правой доли, мелкий узел левой доли.

Лечение: Эутирокс ,Эпайдра , Лантус ,эспа-липон ,витаксон ,актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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- 18-20ед., п/о- 10-12ед., п/уж – 9-11ед., 22.00 Лантус 30-32 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. 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.
8. Рек. невропатолога: бифрен 1 табл на ночь 1 мес. , вобилон 1 табл 1 р/день 1 мес.
9. УЗИ щит. железы через 6 мес. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 37,5 мкг утром натощак за 30 мин. до еды.
10. Эналаприл 2,5-5 мг – курсами 1р/день под контролем АД. Консультация кардиолога по м /жит
11. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.