#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1179

##### 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 03.10.16 по 17.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, гипогликемические состояния в различное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1977г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая - 2008. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2008 в связи с гипогликемическими состояниями переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-4-5 ед., п/о- 3-4ед., п/у-6-8 ед., Лантус 22.00 2,8-13,0 ммоль/л Гликемия –2,8-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД периодически. Из гипотензивных принимает престариум. АИТ с 2002 АТТГ – 239 (0-100), ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –89 (0-30) МЕ/мл от 2015. Непродолжительное время принимала L-тироксин. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.10.16 Общ. ан. крови Нв –17 г/л эритр –3,7 лейк – 6,6 СОЭ – 4 мм/час

э- 0% п- 0% с- 77% л- 20 % м-0 %

04.10.16 Биохимия: СКФ –62,8 мл./мин., хол –5,5 тригл -0,92 ХСЛПВП -1,98 ХСЛПНП -3,1 Катер -1,8 мочевина –4,9 креатинин –94 бил общ – 12,8 бил пр –3,2 тим – 1,5 АСТ – 0,43АЛТ – 0,31 ммоль/л;

04.10.16 Глик. гемоглобин – 7,5%

04.10.16 Анализ крови на RW- отр

07.10.16 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл

07.10.16 К – 4,21 ; Nа –144,4 Са – 2,28 ммоль/л

### 04.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

07.10.16 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 07.10.16 Микроальбуминурия – 14,2мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.10 | 4,6 |  | 7,2 | 8,9 |
| 06.10 |  | 3,7 |  |  |
| 10.10 | 6,1 | 10,3 | 5,9 | 9,3 |
| 13.10 | 5,9 | 5,0 | 2,8 | 6,7 |

04.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м

04.10.16Окулист: VIS OD= 0,3 OS=0,2

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

03.10.16ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

04.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.10.16РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов снижен.

03.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5см3; лев. д. V = 7,2 см3

Щит. железа несколько больше нормы, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,37 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лантус, Эпайдра, престариум, тиоктацид, тивортин, эссенциале, авамис

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям без клинических проявлений, уменьшились боли в н/к. 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-4-5 ед., п/о-3-4 ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 23.00 14-16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Престариум 2,5-5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., тивортин 1л. 2р\д 1 мес.
9. Рек. невропатолога: мильгамма 1т 2р/д 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, оптикс форте 1т 1р\д
12. 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.