#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1282

##### Ф.И.О: Чиникулова Лола Ораловна

Год рождения: 1973

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

Место работы: инв II гр

Находился на лечении с 18.09.17 по 28.09.17 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 (NSS 3, NDS 3) ХБП IIст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОД. Энцефалопатия дисметаболическая 1 ст, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния в различное время суток, периодически отеки лица по утрам.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1977г. (4 летнего возраста) Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая - 2008. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2008 в связи с лабильным течением в условиях ЗОЕД переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-5-6 ед., п/о- 3-4ед., п/у- 6-7ед., Лантус 22.00 – 14 ед. Гликемия –2,5-8,0-16,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ с 1998 АТТГ – 239 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО – 89 (0-30) МЕ/мл от 2015 . непродолжительное время принимала L-тироксин ТТГ -1,4 (0,3-4,0) МЕ/мл от 2016. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, , лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 19.09 | 140 | 4,2 | 6,0 | 12 | 1 | 0 | 74 | 24 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.09 | 80 | 5,29 | 1,52 | 2,74 | 1,85 | 0,93 | 5,4 | 72,6 | 18,9 | 4,0 | 1,5 | 0,54 | 0,33 |

19.09.17 Глик. гемоглобин – 7,9%

19.09.17 Анализ крови на RW- отр

22.09.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

20.09.17 К –4,37 ; Nа –132,4 Са++ - 1,18С1 - 101 ммоль/л

### 19.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

21.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - 500 белок – отр

20.09.17 Суточная глюкозурия – 0,30%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.09.17 Микроальбуминурия –423,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.09 | 13,2 | 9,5 | 14,5 | 3,9 |  |
| 20.09 | 5,1 |  |  |  |  |
| 21.09 | 3,1 | 7,0 | 4,2 | 7,6 |  |
| 26.09 | 7,3 | 8,8 | 5,4 | 6,4 | 7,1 |
| 27.09 2.00-3,4 |  |  |  |  |  |

25.09.17 Невропатолог: Энцефалопатия дисметаболическая 1 ст, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). Рек церебролизин 10 № 10,сермион 30 мг, а-липоевая кислота 600 1 мес.

22.09.17 Окулист: VIS OD= 0,3цил-1,0=0,3 OS=0,2цил – 1,75=0,6 .

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды извиты, вены полнокровны. В макуле без особенностей, ед. микроаневризмы. Д-з: Незрелая катаракта ОS. Начальная катаракта ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.09.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево.

20.09.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.09.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

20.09.17 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

27.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ;множественных конкрементов в желчном пузыре, на фоне застоя, функционального кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

18.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,1см3; лев. д. V = 8,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом и множественными гидрофильными очагами до 0,4см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

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

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 5-7 ед., п/о- 3-5ед., 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 1р 3 нед.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: престариум 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. 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