#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1254

##### 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 26.09.18 по  08.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артфиакия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма.. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на периодически гипогликемические состояния в различное время суток 1-2 р/нед, купируемые доп. приемом пищи, сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, ощущение сердцебиений приступообразного характера

Краткий анамнез: СД выявлен в 1977г ( с 4х летнего возраста) . Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома гипогликемическая – 2008. Длительно пользовалась Актрапид НМ , Протофан НМ. С 2008 в связи с гипогликемическими состояниями в условиях эндокриндиспансера была переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-6 ед., п/о- 4ед., п/у-6-8 ед., Лантус 22.00 – 15 ед. Гликемия –2,1-10,7 ммоль/л. НвАIс – 5,8 % от . Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ выявлен в 1998. В 2015 АТТГ – 239 МЕ/мл(0-100) АТТПО – 89 МЕ/мл (0-30) 2017 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0), непродолжительное время принимала L-тироксин. В 2017 экстракция катаракта ОИ. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 27.09 | 136 | 4,1 | 6,3 | 20 | |  | | 2 | 1 | 72 | 23 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 27.09 | 76,0 | 4,4 | 1,05 | 1,76 | 2,2 | | 1,5 | 3,8 | 80 | 11,4 | 2,6 | 2,2 | | 0,27 | 0,23 |

27.09.18 Глик. гемоглобин – 7,3%

01.10.15 ТТГ – 1,55 (0,3-4,0) Мме/мл

27.09.18 К –3,72 ; Nа –137 Са++ -1,07 С1 - 99 ммоль/л

### 04.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -0-1 ; эпит. перех. ед- в п/зр

04.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

05.10.18 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 05.09.18 Микроальбуминурия – 38,6мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.09 | 6,0 | 10,4 | 4,5 | 3,4 | 6,2 |
| 04.10 | 3,6 | 4,1 | 5,2 | 2,5 | 8,1 |

2017 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

28.05.18 Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,5 ;. ОИ – артифакия.

Гл. дно: сосуды умеренно сужены, вены уплотнены, сосуды извиты, микроаневризмы, в макуле друзы Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артфиакия ОИ.

26.09.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

27.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

28.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Справа – снижено 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

26.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,1 см3; лев. д. V = 8,7см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом и гидрофильными очагами до 0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы..

Лечение: Эпайдра, Лантус, престариум, тиоктацид, актовегин, эссенциале.

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, но сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям, клинически их не отмечает, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-5-7 ед., п/о- 4-6ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 22.00 15-16 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: престариум 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т. 2р/сут. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.