#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1038

##### Ф.И.О: Дашивец Мария Васильевна

Год рождения: 1946

Место жительства: Токмакский р–н, г. Токмак, ул Революционная 65-1

Место работы: инв П гр.

Находился на лечении с 26.08.14 по 06.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОД. Артифакия ОS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая полинейропатия н/к. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ХБП Ш ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Дисциркуляторная энцефалопатия Ш сочетанного генеза. Последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в левой гемисфере. Частичная моторная афазия. Атактический с-м. Умеренное когнитивное снижение. Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния, боли в подошвенной части стоп, боли в икроножных мышцах, боли в тазобедренных суставах, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, ацетонурия. Комы –гипогликемические 1999, 2000, 2006. Кетоацидотическая – 1998. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2007 – в связи с отсутствием компенсации, гипогликемическими состояниями, вплоть до ком переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14 ед., п/о- 14ед., п/у- 4-6ед., Лантус п/з – 34 ед. Гликемия –2,4-11,0 ммоль/л. НвАIс -7,0 % от 03.06.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает энап 10-20 мг, кардиомагнил, торвакард 10 мг, физиотенс – 2 мг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.08.14 Общ. ан. крови Нв –149,4 г/л эритр – 4,5 лейк –4,8 СОЭ –20 мм/час

э-2 % п- 2% с- 65% л- 28% м- 3%

27.08.14 Биохимия: СКФ –52,48 мл./мин., хол –4,63 тригл -1,29 ХСЛПВП -1,74 ХСЛПНП -2,30 Катер -1,7 мочевина –8,1 креатинин – 121 бил общ –10,7 бил пр –2,6 тим –3,5 АСТ –0,33 АЛТ –0,42 ммоль/л;

28.08.14 С- реактивный белок – отр, рематоидный фактор - отр

29.08.14 К – 5,4 ; Nа –153,9 Са -2,7 ммоль/л

### 27.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. -ед в п/зр

29.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5000 эритр -250 белок – отр

28.08.14 Суточная глюкозурия – 3,17 %; Суточная протеинурия – отр

##### 29.08.14 Микроальбуминурия – 73,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.08 | 15,5 | 18,8 | 9,4 | 3,6 | 6,4 |
| 29.08 2.00-7,8 | 10,0 | 7,7 | 5,4 | 4,1 | 3,9 |
| 02.09 | 10,8 | 15,6 | 13,2 | 10,3 | 6,0 |
| 03.09 | 6,1 |  |  |  |  |
| 04.09 | 10,0 | 8,0 13.20-2,6 | 7,4 | 4,9 | 14,6 |

29.08Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия Ш сочетанного генеза. Последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в левой гемисфере. Частичная моторная афазия. Атактический с-м. Умеренное когнитивное снижение.

26.08.14Окулист: VIS OD= 0,2 OS= 0,6

Помутнение в хрусталиках ОД. Артифакия OS.

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОД. Артифакия OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.08.14ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

01.09.14ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

03.09.14ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

29.08.14 осмотр асс каф Соловьюк А.О: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени.

02.09.ЭХО КС: КДР- 5,32см; КДО136,7- мл; КСР-3,89 см; КСО-65,6 мл; УО- 71,0мл; МОК- 6,2л/мин.; ФВ-52 %; просвет корня аорты -3,4 см; ПЛП -4,1 см; МЖП –1,1 см; ЗСЛЖ –1,13 см; ППЖ- 1,13см; ПЛЖ- 5,32см; По ЭХО КС: Склероз аорты АК, МК, увеличение ЛП, ПП. Митральная и трикуспидальная регургитация до 1ст, систолическая дисфункция ЛЖ.

27.08.14 На р-гр обеих т/бедренных суставов признаки субхондрального склероза, сужение суставных щелей, характерно для ДОА II ст.

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

04.09.14 Ревматолог: Остеоартроз т/бедренных суставов Rо II СФН 1-II.

26.08.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,4 см3; лев. д. V =3,6 см3

Перешеек –0,3 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиоктацид – появилась крапивница, в связи с чем препарат отменен, спазмолган, супрастин, кетанол, глиатилин, церебролизин, нейроксон, энап, физиотенс, кардиомагнил, ритмонорм, торвакард, трифас.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия с тенденцией к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст, сохраняется фибрилляция предсердия ЧСС 80 уд/мин

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- 12-14ед., п/о-14-16 ед., п/уж -2-4 ед. (при необходимости), Лантус п/з- 32-34ед.
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. Энап 10 мг 2р/д, кардиомагнил 1 т. вечер, физиотес 2мг веч, трифас 10 мг 1т утром, ритмонорм 1т 2р\д. Контр. АД. Конс кардиолога по м/ж для коррекции гипотензивной терапии.
8. Актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: глиятилин 10 мг в/м № 10, церебролизин 10,0 в/в стр № 10, актовегни 10,0 в/в стр № 10, цераксон (нейроксон) 100 мг в/в кап № 10, мема ½ т 1р/д -1 нед, затем по ½ т 2р\д – постоянно.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.,.
11. Рек. ревматолога: ограничение физ нагрузки на суставы, структум 500 мг 2р\д до 3 мес, при болях инцена 10к. \*3р/д. до 4 недель, траумель 2,2 мг в/м 3р/нед № 6 затем в табл по 1т 3р/д 3 нед.. Наблюдение терапевта.
12. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
13. 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.