#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1195

##### Ф.И.О: Гришанова Лариса Дмитриевна

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Запорожье, ул. Сытовая 15-91

Место работы: н/р

Находился на лечении с 29.09.14 по 09.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Миопия средней степени ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II сочетанного генеза, вестибулопатический с-м, Цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, боли в крупных суставах, тенденция к гипотонии, гипогликемические состояния в различное время суток 1-2р нед., боли в спине.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1980г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы неоднократно гипогликемические. Постоянно инсулинотерапия (ранние принимала различные виды инсулина). В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 1-2 ед., п/о-1-2ед., Лантус 9.00 – 25 ед. Гликемия –2,9-3,5-11,0 ммоль/л. НвАIс – 7,9 % от 09.2014 . Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 18 лет. АТТПО – 21,3 АТТГ -25,0 от 12.08.11. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.09.14 Общ. ан. крови Нв – 119 г/л эритр – 3,6 лейк – 5,2 СОЭ –15 мм/час

э- 1% п-2 % с-42 % л- 49% м-6 %

30.09.14 Биохимия: СКФ –81 мл./мин., хол –5,33 тригл -1,38 ХСЛПВП – 1,88 ХСЛПНП -2,82 Катер -1,8 мочевина –5,7 креатинин –79 бил общ –12,1 бил пр –3,0 тим –3,0 АСТ –0,14 АЛТ –0,24 ммоль/л;

03.10.14Са – 2,6 ммоль/л

03.10.14ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/л

### 30.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1034 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

02.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

01.10.14 Суточная глюкозурия – 3,91%; Суточная протеинурия – отр

##### 01.10.14 Микроальбуминурия –18,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.09 | 7,5 | 14,5 | 14,6 | 11,1 |
| 02.10 | 7,6 | 10,8 | 8,10 | 11,3 |
| 04.10 | 8,9 | 9,6 | 11,2 | 8,4 |
| 06.10 |  | 9,3 | 5,6 |  |
| 07.10 | 5,9 |  |  |  |

30.09.14Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II сочетанного генеза, вестибулопатический с-м, цереброастенический с-м.

29.09.14Окулист: VIS OD= 0,08 с кор 1,0 OS= 0,08 с кор 0,9 ;

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Миопия средней степени ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.09.14ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

30.09.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.09.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

29.09.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2см3; лев. д. V =7,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, В левой доле в с/3 расширенный фолликул 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Расширенный фолликул левой доли.

Лечение: Лантус, Эпайдра, диалипон турбо, витаксон, глиятон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-1-3 ед., п/о-1-3 ед., Лантус 9.00 28-30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг веч) с контролем липидограммы.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.
7. Рек. невропатолога: прамистар 600 мг 1т/сут 1,5 мес.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. 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 Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.