#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1253

##### Ф.И.О: Негинская Валентина Павловна

Год рождения: 1944

Место жительства: г. Энергодар, ул. Строителей, 22-80

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 10.10.14 по 23.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Гиперметропия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, смешанная форма. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз средней тяжести, медикаментозная компенсация. ИБС. Стенокардия напряжения 1-II, ф.кл, диффузный кардиосклероз, субаортальный стеноз, митральная регургитация до 2 ст.СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС, вестибуло-атактический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, боли в коленных суставах, больше справа, гипогликемические состояния в различное время суток, боли в обл сердца.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2003 в виду нестойкой гликемии переведена на Эпайдру, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-5 ед., п/о- 6-7ед., п/у- 2-3ед., Лантус 22.00 -28 ед. Гликемия –2,7-9,2-12,6 ммоль/л. НвАIс -7,6 % от 08.08.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в с начала заболевания. Повышение АД в течение 8-10 лет. АИТ выявлен в 1991, гипотиреоз выявлен в 2001. Принимает Эутирокс 75 мкг утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.10.14 Общ. ан. крови Нв – 119 г/л эритр –3,8 лейк – 4,2 СОЭ –17 мм/час

э- 7% п- 1% с- 51% л32- % м-9 %

13.10.14 Биохимия: СКФ –48,35 мл./мин., олл –5,0 тригл -2,15 ХСЛПВП – 2,31ХСЛПНП -1,71 Катер -1,2 мочевина –6,6 креатинин –114 бил общ – 12,5 бил пр –3,1 тим –4,5 АСТ –0,58 АЛТ –0,59 ммоль/л;

13.10.14 Анализ крови на RW- отр

17.10.14 ТТГ – 3,7 (0,3-4,0) Мме/л

### 14.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

15.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500эритр -250 белок – отр

14.10.14 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – отр

##### 17.10.14 Микроальбуминурия –43,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.10 | 4,1 | 3,2 | 12,7 | 6,2 | 5,1 |
| 13.10 | 9,4 | 11,9 | 5,5 | 8,9 | 6,7 |
| 14.10 2.00-5,2 |  |  |  |  |  |
| 18.10 |  |  |  |  | 2,8 |
| 19.10 | 4,5 | 14,0 | 8,6 | 8,4 | 5,5 |
| 21.10 |  | 4,4 |  |  |  |
| 22.10 | 2,7 | 8,0 | 11,8 | 9,1 | 7,0 |
| 23.10 | 6,4 |  |  |  |  |

21.10.14Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС, вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, смешанная форма.

10.10.14Окулист: VIS OD= 0,1+2,0=0,5 OS=0,1+2,0=0,4 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Гиперметропия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

10.10.14ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

21.10.14 Кардиолог: ИБС. стенокардия напряжения 1-II ф.кл, диффузный кардиосклероз, субаортальный стеноз, митральная регургитация до 2 ст. СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

13.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.10.14РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока слева.

23.10.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия кисты левой доли печени на фоне изменений диффузного типа в паренхиме печени, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника..

16.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,4 см3; лев. д. V =4,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиоктацид, глиятинон, тивортин, эутирокс, кардиомагнил, розувастатин, карсил, вестинорм.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к, шаткость при ходьбе, головокружения. АД 130/80 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- 5-7ед., п/о- 6-8ед., п/уж – 2-3ед. ( при необходимости), Лантус 8.00 26-29 ед.
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. Нолипрел форте 1т 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.
9. Рек. невропатолога: сермион 4 мг в/м № 10 затем в табл. 30 мг утр.3-6 мес. вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 3 мес.
10. Рек. кардиолога: Нолипрел форте 1т утром, кардиомагнил 1 т. вечер, бисопролол 5 мг утром, предуктал MR 1т 2р/д 1 мес.
11. Эутирокс 75 мкг утром натощак. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 2р/год.
12. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д,
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.