#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 695

##### Ф.И.О: Стоячко Евгения Эдуардовна

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье, ул. Медведева 6-4

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 29.05.15 по 10.06.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, болевая форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Отдаленные последствия перенесенного компрессионного перелома Т12 (2007). С-м посттравматической тораколгии, стадия нестойкой ремиссии. Остеоартроз суставов кистей Rо I СФН I. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, периодические гипогликемические состояния, чувство скованности в суставах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1987г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемическая в 2007, 2009 кетоацидотическое состояние 1996, 1999. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2007 в связи с частыми гипогликемическими состояниями, перенесенной комой (произошел компрессионный перелом Т12), была переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4-6ед., п/о- 4-6ед., п/у- 4-6ед., Лантус п/з 30 ед. Гликемия –2,0-27,0 ммоль/л. НвАIс – 8,2 % от 03.06.2015. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 4 лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.06.15 Общ. ан. крови Нв –121 г/л эритр –3,8 лейк – 5,3 СОЭ – 7 мм/час

э-0 % п- 0% с- 64% л- 26 % м-10 %

02.06.15 Биохимия: СКФ –6,6 мл./мин., хол –4,3 тригл -0,94 ХСЛПВП -1,18 ХСЛПНП -2,69 Катер -2,64 мочевина –4,5 креатинин –105 бил общ –12,3 бил пр –3,0 тим –4,5 АСТ –0,34 АЛТ –0,16 ммоль/л;

02.06.15 С-реактивный белок – отр.

05.06.15 К – 4,1 ; Nа –141 Са – 2,5 ммоль/л

### 02.06.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед в п/зр

05.06.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

03.06.15 Суточная глюкозурия – 4,8%; Суточная протеинурия – 0,108

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.05 | 8,4 | 8,0 | 3,2 |  |  |
| 04.06 |  |  | 4,4 | 6,1 | 8,5 |
| 05.06 2.00-5,8 | 9,8 |  |  |  |  |
| 08.06 | 7,6 |  |  |  |  |
| 10.06 |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, болевая форма. Отдаленные последствия перенесенного компрессионного перелома Т12 (2007). С-м посттравматической тораколгии, стадия нестойкой ремиссии.

05.06.15Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ. ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сглажена физиологическая экскавация. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Отек ДЗН ?

29.05.15ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ.

05.06.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

02.06.15 На р-гр кистей признаки субхондрального склероза, характерные для ДОА межфаланговых суставов обеих кистей.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

05.06.15 Ревматолог: Остеоартроз суставов кистей Rо I СФН I

02.06.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

02.06.15 ФГ№ 87370 без патологии

02.06.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,9 см3; лев. д. V = 3,1 см3

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, ко-пренесса, кардиомагнил, тиоктацид, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия с тенденцией к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. Сохраняются боли в суставах кистей.

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- 4-6ед., п/о- 4-6ед., п/уж – 4-6ед., Лантус п/з 30-32 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: Ко-пренесса. Контроль АД, ЭКГ.
8. Кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек ревматолога: мелоксикам 1,5 мл в/м 1р/д – дней, затем в табл 15 мг 1р\д – 10 дней.; серрата 1т 3р/д 10 дней, пиаскледин 300 1к утром с едой 2 мес, местно бифлекс крем 2р\д 2 нед, лазеро-магнитотерпия на кисти № 10, ежеквартально, Наблюдение терапевта.
12. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д ОКТ ДЗН ОИ.
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.