#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1381

##### Ф.И.О: Виниченко Ольга Анатольевна

Год рождения: 1959

Место жительства: Михайловский р-н с. Роздол ул. 40л Победы 107

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 10.11.15 по 20.11.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Ишемическая оптикопатия, НДРП, эпиретинальная мембрана, диабетический макулярный отек, артифакия, ПХРД правого глаза ПДРП, осложненная зрелая катаракта, тотальная отслойка сетчатки левого глаза. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая), венозная дисгемия, признаки внутричерепной гипертензии. Миокардиодистрофия МП 1 ст. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, пастозность лица голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1975г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала инсулинотерапия Хумодар Б100Р. С 2010 г. был переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 14ед., п/о- 8ед., п/у- 4ед., Фармасулин НNР 22.00 – 14 ед. Гликемия –2,9-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг веч. АИТ, гипертрофическая форма , субклинический гипотиреоз с 2011, АТТПО – 264, ( 0-30) от 02.2012. ТТГ – 7,12 от 21.07.15. со слов больной L-тироксин 50 мкг принимает нерегулярно. До сдачи анализа ТТГ течении месяца заместительную терапию не принимала. Госпитализирован а в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, , лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.11.15 Общ. ан. крови Нв – 141 г/л эритр –4,4 лейк – 6,7СОЭ – 14 мм/час

э- 1% п- 0% с- 53% л- 40% м-6 %

11.11.15 Биохимия: СКФ –66 мл./мин., хол –5,7 тригл -1,16 ХСЛПВП -2,0 ХСЛПНП -3,17 Катер -1,8 мочевина –2,8 креатинин –90,0 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим – 4,1 АСТ – 0,33 АЛТ – 0,38 ммоль/л;

14.11.15 ТТГ – 4,8 (0,3-4,0) Мме/мл

28.10.15 Глик гемоглобин – 9,0:

### 11.11.15 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 12-13 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

13.11.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500эритр - белок – отр

16.11.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500эритр - 500 белок – отр

12.11.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 12.11.15 Микроальбуминурия –56,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.11 | 6,5 | 5,7 | 4,1 | 3,8 |
| 13.11 | 6,9 | 12,4 | 2,9 | 7,9 |
| 16.11 | 10,7 | 10,3 | 10,2 | 9,4 |
| 17.11 | 8,5 | 9,6 | 6,3 | 7,0 |

12.11.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза(атеросклеотическая, гипертоническая) венозная дисгемия , признаки Внутричерепная гипертензия.

02.11.15Окулист: Ишемическая оптикопатия, НДРП, эпиретинальная мембрана, диабетический макулярный отек, артифакия, ПХРД правого глаза ПДРП, осложненная зрелая катаракта, тотальная отслойка сетчатки левого глаза

10.11.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

13.11.15Кардиолог: Миокардиодистрофия МП 1 ст. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

13.11.15ЭХО КС: КДР-4,9 см; КСР- 3,4см; ФВ- 60%; просвет корня аорты -2,7 см; ПЛП – 3,4 см; МЖП – 1,2 см; ЗСЛЖ –1,2 см; ППЖ- 2,5см; По ЭХО КС: Эхопризнаки умеренной гипертрофии ЛЖ, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации на МК и ТК, склерокальциоза на АК, склеротических изменений створок МК и стенок аорты

13.11.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.11.15Гинеколог: Пр. здорова

12.11.15РВГ: Нарушение кровообращения справа – 1 ст, слева N, тонус сосудов N.

11.11.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки хронического холецистита, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы (хронический панкреатит). Эхопризнаки диабетической нефропатии.

18.11.15Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Диагноз тот же

Лечение: эналаприл, L-тироксин, предуктал MR, левостор, вальсокор, тиогамма, Фармасулин Н, Фармасулин НNР

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: Фармасулин Н п/з- 14-16ед., п/о-4-6 ед., п/уж – 4-6ед., Фармасулин НNР 22.00 16-18 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., бисопролол 5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиогамма 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.
9. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ ч/з месяц с последующей коррекцией заместительной терапии..
11. Рек. окулиста: бетоптик С 2р/д ланотан 1к веч.
12. Рек асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О. к лечению заменить эналаприл 10 мг веч на вальсакор 160 мг веч, добавить конкор 5 мг в обед, кардиомагнил 75 мг/сут, конс. аллерголога по м\ж.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.