#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1052

##### Ф.И.О: Редько Валентина Ивановна

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Запорожье ул.40л. Победы 65б-46

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 01.09.15 по 14.09.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ Начальная катаракта ОД. Артифакия, авитрия. Частичная атрофия зрительного нерва OS. Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. САГ II ст. Асептический некроз правой таранной кости, ДОА правого г/стопного, пяточного-таранного сустава IV ст, варусная деформация правой стопы. Остеопороз. Анемия хронического больного.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1988г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 4-6ед., п/о-6-8 ед., п/у-3-4 ед., Левемир 22.0010ед. В 03.2014 полчала стац в ревматологическом отделении ЗОКБ по поводу диабетической атропатии. Гликемия –2,9-12,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 12 лет. Повышение АД в течение 13 лет. Из гипотензивных принимает физиотенс. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.09.15 Общ. ан. крови Нв – 102 г/л эритр –3,3 лейк – 3,6СОЭ –47 мм/час

э- 0% п-0% с- 59% л- 38% м- 2%

02.09.15 Биохимия: СКФ –34,3 мл./мин., хол –6,0 тригл -2,7 ХСЛПВП – 0,97ХСЛПНП -3,8Катер -5,4 мочевина –9,7 креатинин – 179 бил общ –8,7 бил пр –2,1 тим – 3,4 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,24 ммоль/л;

04.09.15 К – 4,9 ; Nа – 134 Са – 2,27 ммоль/л

### 02.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,301 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

03.09.15 Суточная глюкозурия – 3,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.09.15 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.09 | 12,5 | 10,0 | 5,0 | 4,3 |  |
| 04.09 | 16,8 | 13,1 | 10,0 | 13,7 |  |
| 06.09 | 11,1 | 7,2 | 7,0 | 7,5 |  |
| 08.09 2.00-17,4 | 19,7 | 18,2 | 17,6 | 7,8 | 8,9 |
| 09.09 | 19,0 | 16,1 | 5,8 | 13,5 |  |
| 11.09 2.00-10,2 | 5,3 | 6,0 | 6,8 | 4,3 |  |

01.09.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м.

01.09.15Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, пролиф. изменения, микрогеморагии, твердые экссудаты на перф. ЛК. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия, авитрия. Частичная атрофия зрительного нерва.

02.09.15ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

02.09.15Кардиолог: САГ II ст.

08.0915Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.09.15 Травматолог: Асептический некроз правой таранной кости, ДОА правого г/стопного, пяточного таранного сустава IV ст, варусная деформация правой стопы. Остеопороз.

02.09.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока слева.

08.09.15 осмотр асс каф. Ткаченко О.В: диагноз см. выше.

10.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V = 4,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, физиотенс, тиогамма, актовегин, нуклео ЦМФ, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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: Новорапид п/з 4-6 ед., п/о7-9 ед., п/уж 4-6- ед., Левемир 22.00 14-16 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: физиотенс 0,2-0,4 мг. Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
10. Рек. окулиста: наблюдение у витреоретинального хирурга.
11. 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.
12. Рек травматолога: ортопедическая индивидуальная обувь.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.