#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 99

##### Ф.И.О: Продан Любовь Владимировка

Год рождения: 1954

Место жительства: Гуляйпольский р-н, с. Малиновка, ул. Гоголя, 21

Место работы: Продан р-н, с. Малиновка, ул. Гоголя 21

Находился на лечении с 23.01.15 по 30.01.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аллергический дерматит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в суставах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимала длительно В-инсулин. В 2002 переводилась на монодар Б, Хумодар Б, в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10-11 ед., п/о10- ед., п/у-6-7 ед., Лантус 22.00 26-27 ед. Гликемия –5-12 ммоль/л. НвАIс -8,9 % от 10.2014. Последнее стац. лечение в 2010г. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает индап 2,5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

26.01.15 Общ. ан. крови Нв –140 г/л эритр –4,4 лейк 5,9– СОЭ – 13 мм/час

э- 4% п- 0% с- 50% л- 36% м- 10%

26.01.15 Биохимия: СКФ –95,5 мл./мин., хол –5,3 тригл – 1,43ХСЛПВП -1,25 ХСЛПНП -3,39 Катер -3,24 мочевина –3,74 креатинин –73 бил общ –11,9 бил пр – 2,8 тим – 3,6 АСТ –0,38 АЛТ – 0,32 ммоль/л;

26.01.15 Глик гемоглобин – 9,5%

### 26.01.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

26.01.15 Суточная глюкозурия –2,22 %; Суточная протеинурия – отр

##### 26.01.15 Микроальбуминурия – в работе

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.01 | 6,1 | 6,4 | 7,2 | 6,7 |
| 27.01 | 5,4 | 5,9 | 6,4 | 5,6 |

29.01.15Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза.

26.01.15Окулист: VIS OD= 0,2 OS= 0,3

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

23.01.15ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная.

27.01.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

23.01.15 Дерматолог: Аллергический дерматит. Назначено лечение.

28.01.15 Хирург: Диабетическая ангиопатия н/у. ХИ II ст.

29.01.15 На р-г стоп признаки субхондрального склероза и сужение суставных щелей в 1х плюснефалангов. с-вах с обеих стон. Деструктивных изменений не выявлено.

26.01.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.01.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

27.01.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; желчный пузырь удален, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника..

26.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9 см3; лев. д. V = 5,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,34 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: лизиноприл, индап, предуктал MR, карведилол, Эпайдра , Лантус, тиогамма, актовегин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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-10-12 ед., п/о-10-12 ед., п/уж – 6-8ед., Лантус 22.00 26-28 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: карведилол 3,125мг утр., нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, ФВД. по м/ж.
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: бифрен 1к 2р/д.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Определить ТТГ, АТТПО. Повторный осмотр эндокринолога.
11. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, слезавит 1т.\*1р/д.
12. 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.
13. Б/л серия. АГВ № 2347 с 23.01.15 по 30.01.15. К труду 31.01.15.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.