#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1444

##### Ф.И.О: Спесивцева Раиса Николаевна

Год рождения: 1958

Место жительства: Васильевский р-н, с Приморское ул. Широкая 14а

Место работы: н/р, инв II гр бессрочно.

Находился на лечении с 21.11.16 по 02.11.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. Послеоперационный гипотиреоз средней тяжести ст. мед. компенсации.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., зябкость стоп, приступы сердцебиений, частые гипогликемические состояния в различное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Принимала 1 год, В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-24ед., п/о- 8ед., п/у-7ед., Фармасулин НNР 22.00. Гликемия –4,0-12,0 ммоль/л. Повышение АД в течение многих лет. Из гипотензивных принимает эналаприл, индапрес 2,5. 1999 – папилярная карцинома, струкэктомия, с того же времени п/операционный гипотиреоз. Принимает L-тироксин 150 мкг/сут Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.11.16 Общ. ан. крови Нв –131 г/л эритр – 3,9 лейк – 6,0 СОЭ – 20 мм/час

э- 0% п-0 % с-62 % л- 36 % м- 2%

22.11.16 Биохимия: СКФ –94,9 мл./мин., хол –5,4 тригл – 1,71ХСЛПВП -1,06 ХСЛПНП – 3,6Катер -4,1 мочевина –4,7 креатинин –68 бил общ – 9,2 бил пр –2,3 тим –2,0 АСТ – 0,12 АЛТ – 0,26 ммоль/л;

22.11.16 Глик. гемоглобин – 12,1%

22.11.16.11.16 Анализ крови на RW- отр

28.11.16 ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

22.11.16 К – 3,81 N – 139,5

### 22.11.16 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

25.11.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

24.11.16 Суточная глюкозурия – 2,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 24.11.16 Микроальбуминурия –37,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.11 | 6,4 | 13,9 | 8,9 | 10,4 | 7,2 |
| 25.11 | 4,7 | 4,4 | 8,3 | 13,0 | 14,7 |
| 29.11 | 15 |  |  |  | 9,5 |
| 30.11 2.00-7,3 |  |  |  |  |  |

21.11.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м.

21.11.16Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,5 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.11.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая тахикардия . Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

21.11.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

22.11.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.11.16 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

21.11.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз см3; лев. д. V = фиброз см3

Паренхима щит . железы не визуализируется, очаговых образований не в паренхиме щит. железы не выявленно. Закл.: культи обеих долей.

Лечение: эналаприл, индапрес, L-тироксин, нейралгин, Фармасулин Н, Фармасулин НNP, тивортин, эспа-липон, витаксон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. 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: Фармасулин Н п/з-22-24 ед., п/о-6-8 ед., п/уж -7-8 ед. Фармасулин НNP 22.00 36-38 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: престариум 5-10 мг веч., арифон ретард.. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 10 мг утром, индапрес 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Эспа-липон (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. Рек. невропатолога: нейралгин 300 мг 3р/д 3 нед.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 150 мг/сут
12. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д. оптикс форте 1т 1р\д

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.