#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1303

##### Ф.И.О: Негинская Валентина Павловна

Год рождения: 1944

Место жительства: г. Энергодар ул. Строителей 22-80

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.10.16 по 10.11.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз. Регургитация митрального клапана, малой артерии до 2 ст. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, преимущественно в ВБС, выраженный вестибуло-атактический с-м. Железодефицитная анемия легкой степени. Аутоиммунный тиреоидит, артрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Хронический панкреатит с нарушением ферментативной функции. Жировая дистрофия печени 1 ст. Киста II сегмента печени

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/95 мм рт.ст., головные боли, снижение памяти, ощущение перебоев в сердечной деятельности, приступы сердцебиений, пекущие бол и левой половине гр. клетки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: в начале заболевания - гипогликемические. Тенденция к гипогликемическим состояниям. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ, В 2013 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на аналоги. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 5-6ед., п/о7-9 ед., п/у- 2-3ед., Лантус 22.00 – 26-28ед. Гликемия –2,6-19,8 ммоль/л. НвАIс – 7,4 % от 05.2016 . Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел би-форте, кардиомагнил 75, АИТ с 1991, гипотиреоз с 2001. Принимает эутирокс 75 мкг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.10.16 Общ. ан. крови Нв –118 г/л эритр – 3,5 лейк – 4,5 СОЭ – 16 мм/час

э- 1% п- 1% с- 75% л- 21 % м- 2%

27.10.16 Биохимия: СКФ –45,3 мл./мин., хол – 5,7тригл -1,71 ХСЛПВП – 2,27ХСЛПНП -1,23 Катер -1,5 мочевина –6,3 креатинин –110 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим – 2,9АСТ –0,4 АЛТ – 0,7 ммоль/л;

27.10.16 Глик. гемоглобин – 8,2%

27.10.16 Анализ крови на RW- отр

28.10.16ТТГ –1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

28.10.16 К – 3,7Na – 134,7 Са – 2,18

11.11.16 Железо – 9,6 (10,7-32,2)

### 27.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

02.10.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

03.11.16 Суточная глюкозурия – 0,9 %; Суточная протеинурия – отр

##### 04.11.16 Микроальбуминурия –162,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.10 2.00-7,1 | 9,2 | 9,3 | 6,0 | 5,4 | 5,1 |
| 30.10 | 9,2 | 4,5 | 5,0 | 3,6 | 7,0 |
| 06.11 | 8,0 | 9,9 | 6,9 | 9,8 | 11,8 |
| 07.11 |  |  |  | 13,5 | 7,9 |
| 08.11 | 4,8 |  |  |  |  |
| 09.11 |  |  |  | 10,8 | 9,4 |

31.10.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, преимущественно в ВБС выраженный вестибуло-атактический с-м. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

28.10.16Окулист: VIS OD= 0,08 с кор 0,3 OS=0,08 с кор 0,2

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

26.10.16ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

31.10.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз. Регургитация митрального клапана, малой артерии до 2 ст. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

02.11.16ЭХО КС: КДР-5,3 см; КДО- 30мл; КСР- 30см; КСО-36 мл; УО-101 мл; МОК-6,5 л/мин.; ФВ-74 %; просвет корня аорты -41 см; ПЛП – 4,3 см; МЖП –1,3 см; ЗСЛЖ –1,0 см; По ЭХО КС: Уплотнение и расширение восходящего отдела аорты. Краевой фиброз АК. Умеренная гипертрофия базального отдела МЖП. Уплотнение МК. Минимальная митральная регургитация на клапане легочной артерии 1-2 см. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

01.11.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.11.16 гематолог: Железодефицитная анемия легкой степени.

09.11.16 Хирург: хронический панкреатит легкой степени с нарушением ферментативной функции (умеренное снижение). Жировая дистрофия печени 1 ст. Киста II сегмента печени. Хронический гастродуоденит ?

28.10.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

08.11.16 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки Кисты во 2 сегменте печени на фоне диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст. Фиброзирования поджелудочной железы.

26.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,8см3; лев. д. V =2,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Структура неоднородная – прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиоктацид, мильгамма, тивортин, тиоктацид, глиятон. нолипрел би-форте, кардиомагнил, эутирокс, предуктал MR, АТФ лонг, арлеверт.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Беспокоит тяжесть в правом подреберье.

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-5-7 ед., п/о-8-10 ед., п/уж -0-3 ед., Лантус п/з 28-30 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: кардиомагнил 75мг 1т. веч., нолипрел форте 1т\*утром, АТФ лонг 20 мг 1т 3р\д 3нед.. Контроль АД, ЭКГ.
8. Нолипрел би-форте , кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
10. Рек. невропатолога: арлеверт 1т 3р\д 1 мес. мермион 30 мг утром до 3 мес. Дуплекс МАГ
11. Эутирокс 75 мг 1т утром . УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, трайкор 1т 1р/д. оптикс форте 1т 1р\д
13. Рек. гематолога: тардиферон 2т./д. 1 мес затем 1т\д 3 мес селен 50 мкг 1т\д 40 дней . Дан совет по питанию. Контроль 1р\мес.
14. Рек хирурга карсил 2т 2-3 р\д 1 мес, омез 20 мг\сут 10 дней креон 10 тыс 1т 2р\д во время еды, «Д» наблюдение по м\ж. УЗИ ОБП через6 мес.
15. 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.