#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1032

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

Год рождения: 1953

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

Место работы: инв Ш гр. пенсионер

Находился на лечении с 01.09.16 по 13.09.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Частичная атрофия зрительного нерва. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш ст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая остеоартропатия II-Ш, состояние после патологического перелома правой таранной кости, трофическая язва левой стопы, плантарный фасцит справа. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. САГ II ст. Анемия хронического больного.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увел ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 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 ед., п/о- 6ед., п/у- 3ед., Левемир 22.00 – 10 ед. Гликемия –3,0-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает моксогамма, азомекс, ибрантил. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.09.16 Общ. ан. крови Нв – 103 г/л эритр – 3,1 лейк –4,2 СОЭ –52 мм/час

э- 3% п- 0% с- 73% л- 22 % м-2 %

02.09.16 Биохимия: СКФ –29,6 мл./мин., хол –5,69 тригл -2,47 ХСЛПВП -1,05 ХСЛПНП -3,5 Катер 4,4- мочевина –14,6 креатинин – 205,0 бил общ –12,4 бил пр – 3,0 тим –3,3 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,23 ммоль/л;

02.09.16 Глик. гемоглобин – 10,6%

### 02.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,4 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

05.09.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,470

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.09 | 7,5 | 7,1 | 8,3 | 4,7 |  |
| 04.09 | 14,8 | 10,5 | 9,6 | 4,3 |  |
| 06.09 | 11,7 | 8,6 | 12,5 | 10,2 |  |
| 08.09 2.00-9,1 | 17,4 | 10,8 | 9,7 | 9,0 |  |
| 09.09 | 12,1 | 9,7 |  |  |  |
| 10.09 | 9,6 | 7,7 |  |  |  |

01.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш ст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Д

07.09.16Окулист: (осмотр в палате)

Артифакия ОИ, авитрия ОИ, Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. . Вены неравномерно калибра извиты. Пролиферативные диабетчиеские изменения. Микроаневризмы, микрогеморрагии, твердые экссудаты на периферии. Д-з: Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Частичная атрофия зрительного нерва.

01.09.16ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена . Гипертрофия левого желудочка.

06.09.16Кардиолог: САГ II ст.

06.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.09.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока слева.

02.09.16 Хирург: Диабетическая остеоартропатия II-Ш, состояние после патологического перелома правой таранной кости, трофическая язва левой стопы, плантарный фасцит справа.

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. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, моксогамма, азамекс, ибрантил, тиогамма турбо, актовегин, витаксон, тиотриазолин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-4-6 ед., п/о- 5-7ед., п/уж 2-4- ед., Левемир 22.00 14-16 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: моксогамма 0,6 мг утром, азмекс 5 мг веч, ибрантил 30мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.,нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
9. Осмотр нефролога по м\ж
10. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д наблюдение у витреоретинального хирурга.
11. Рек хирурга: обработка р-ром антисептика (бетодином).
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.