#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 850

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

Год рождения: 1944

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 20.06.18 . по  02.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. диффузный кардиосклероз, кальциноз правой коронарной створок и СН1 Дисциркуляторная энцефалопатия 1. Варикозная болезнь вен н/к.

Жалобы при поступлении на периодически гипогликемические состояния в различное время суток, сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, снижение чувствительности, боли в мышцах н/к. повышение АД макс. до 190/95 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, отеки н/к к вееру, колющие боли в сердце, боли в коленных суставах..

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. при обращении к терапевту в связи с потерей в весе, выявлена гипергликемия 25 ммоль/л. С того же времен инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ, в дальнейшем монотард НМ. В связи с гипогликемическими состояниями с 2013 переведена на аналоги: Лантус, Эпайдра. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические в начала заболевания. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-4-5 ед., п/о- 6-7ед., п/у- 2-3ед., Лантус п/з 26 ед. Гликемия –2,0-20 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Артериальная гипертензия с 2004. Принимает нолипрел 1т утром, кардиомагнил 75 мг, АИТ с 1991, гипотиреоз с 2001 принимает эутирокс 75 мкг/сут В 1993 гистерэктомия по поводу миомы матки.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 21.06 | 116 | 3,5 | 4,4 | 23 | |  | | 3 | 0 | 57 | 39 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 21.06 | 47,1 | 5,4 | 1,47 | 2,1 | 2,6 | | 1,5 | 4,7 | 102 | 14,8 | 3,7 | 3,78 | | 0,27 | 0,57 |

21.06.18 Глик. гемоглобин – 8,6

29.06.18ТТГ –2,3 (0,3-4,0) Мме/мл

21.06.18 К – 5,14 ; Nа –133,2 Са++ 1,15- С1 -102 ммоль/л

### 21.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –5-12 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - ед в п/зр

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

22.06.18 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.06.18 Микроальбуминурия –256,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.06 | 16,7 | 10,8 | 5,9 | 4,8 |  |
| 22.06 2.00-5,8 | 8,2 |  |  |  |  |
| 24.06 2.00-2,5 | 10,3 | 9,5 | 4,5 | 7,8 | 7,3 |
| 27.06 | 6,8 | 9,3 |  |  |  |
| 28.06 2.00-5,0 | 6,5 | 4,0 | 3,6 | 5,3 | 2,7 |
| 01.07 | 7,8 | 10,4 | 8,2 | 9,4 | 9,6 |

2016Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1.

25.06.18 Окулист: негомогенное помутнения в хрусталиках. Гл. дно под флером: ДЗН бледно-розовые. Границы чёткие, ангиослкероз ,с-м Салюс 1 ,вены расширены, неравномерного калибра, сосуды извиты. ед. микроаневризмы. Микрогеморргаиии. В макулярной области переливчатость. Отек? сетчатки в макулярной области. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рек: дообследование ОСТ макулярной области ОИ, после чего решение вопроса об оперативном лечение катаракты .

20.06.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый,. Эл. ось отклонена влево.

22.06.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. диффузный кардиосклероз, кальциноз правой коронарной створк и СН1 Рек: нолипрел форте 1т утром, аспирин кардио 100 мг 1р/д, при необходимости амлодипин 5-10 мг. дообследование мониторинг ЭКГ .

23.06.18ЭХО КС: Систолическая функция миокарда ЛЖ не нарушена. Диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации, АК-3 створчатый, функция АК не нарушена, кальциноз правой коронарной створок АК. Гипертрофия базально передне0перегороочного сегмента МЖП, без обструкции выносящего тракта ЛЖ. Гипертрофия миокарда ЛЖ по концентрическому типу. Минимальная регургитация на ТК.

22.02.16 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь вен н/к .

21.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

22.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; с наличием кисты в печени. фиброзирования поджелудочной железы. Нельзя исключить наличие микролитов в почках .

20.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =2,1 см3; лев. д. V =1,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные,.. Эхогенность паренхимы снижена. Местами значительно. Эхоструктура неоднородная – прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы..

Лечение: Лантус, Эпайдра, нолипрел, асафен, мильгамма, сермион, кокарнит, эутирокс, тиоктацид

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, но целевые значения достигнуть не удается из-за лабильного течения заболевания. Гипогликемических состояний в настоящий момент не отмечает, уменьшились боли в н/к, шаткость при ходьбе, головокружения. АД 130/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-5-7 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -2-4 ед., Лантус п/з 23-26 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: нолипрел 1т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 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. Эутирокс 75 мкг 1т утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.