#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 541

##### Ф.И.О: Спахи Людмила Сергеевна

Год рождения: 1982

Место жительства: г. Запорожье, ул. Горького 115/1

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 18.04.14 по 08.05.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия V ст в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ХБП III ст. Симптоматическая артериальная гипертензия Ш. Анемия. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая энцефалопатия II. Астеновегетативный с-м. цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Липоидный некробиоз обеих голеней. С-м венозной дисфункции на фоне ДДПП ШОП. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 2 кг за год, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния преимущественно в ночное время, купируемые дополнительным приемом пищи, плохой аппетит, периодически тошноту по утрам.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, вплоть до ком, последняя - 2009. Кетоацидотическое состояния 1998, 1999г. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ, Новорапид. С 2004 в связи с гипогликемическими состояниями переведена на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 7ед., п/о-7-8 ед., п/у- 10ед., Лантус 8.00 – 20 ед. Гликемия –3,0-25,0 ммоль/л. НвАIс – 7,5 % от 08.04.14 . Последнее стац. лечение в 2013г. Диабетическая нефропатия с 2005. Повышение АД в течение 5 лет, с того же времени повышение уровня азотистых шлаков (после беременности, родов). Из гипотензивных принимает фозикард 10 утром, бисопролол 5 мг утром. С 2005 ухудшение зрения, производилась лазеркоагуляция сетчатки в г. Москве. С 1999 липоидный некробиоз обеих голеней. В 2000 остеомиелит IV-Vп лев стопы. В течении нескольких дней после педикюра отмечает гиперемию, отек околоногтевого ложе 1п лев стопы. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.04.14 Общ. ан. крови Нв –108 г/л эритр –3,2 лейк –3,6 СОЭ –37 мм/час

э- 3% п- 1% с- 70% л-20 % м-1 %

05.05.14 ОАК Нв – 113 эрит – 3,4

22.04.14 Биохимия: СКФ –39 мл./мин., хол –4,75 тригл -1,78 ХСЛПВП -1,66 ХСЛПНП -2,28 Катер -1,9 мочевина –21,2 креатинин –204 бил общ –12,5 бил пр –12,5 тим –4,8 АСТ –0,19 АЛТ –0,31 ммоль/л;

28.04.14 мочевина – 20,0 ммоль/л, креатинин 199 мкмоль/л

30.04.14 К – 4,7, Са – 2,37 ммоль/л

23.04.14 железо – 9,80 мкмоль\л (10,7-32,2)

22.04.14 Анализ крови на RW- отр

### 23.04.14 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – на всё эрит 1-2 в п/зр белок – 0,168 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - много в п/зр

24.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -95500 эритр - 1500 белок – 0,154

30.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -31000 эритр - 500 белок – 0,095

05.05.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -48000 эритр -1000 белок – 0,038

22.04.14 Суточная глюкозурия –0,59 %; Суточная протеинурия – 0,69г\сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.04 | 10,1 | 7,4 | 10,1 | 8,9 |  |
| 23.04 | 9,3 | 9,7 | 2,5 | 6,5 | 5,0 |
| 24.04 2.00-6,8 | 3,4 |  | 2,8 |  |  |
| 28.04 | 8,4 | 5,3 | 4,8 | 5,5 | 7,7 |
| 29.02 2.00-11,0 |  |  |  |  |  |
| 30.04 | 5,1 | 4,1 |  |  |  |
| 03.05 | 7,5 | 8,5 | 7,6 | 6,1 | 3,9 |
| 07.05 | 2,7 | 4,6 | 6,8 | 6,0 |  |
| 08.05 | 3,2 |  |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия II. Астеновегетативный с-м. цефалгический с-м. С-м венозной дисфункции на фоне ДДПП ШОП. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

18.04.Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,5

Единичные микроаневризмы Множественные лазеркоагулянты. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

22.04, 05.05.Хирург: диабетическая ангиопатия н/к. ХИ II ст.

06.05. Р-гр лев стопы в 2х проекциях: деструктивных изменений не выявлено.основная фаланга 1п деформирована.

18.04.14ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1. САГ Ш ст.

24.04.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.04РВГ:. Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

25.04.14Дупл. сканирование артерий: Заключение: структурных изменений со стороны сонных артерий не выявлено, отмечается умеренная неравномерность хода ПА-ий в костном канале ШОП. Доплерографические признаки нарушения регуляции сосудистого тонуса и выраженной венозной дисгемии.

Нефролог: ХБП Шст, диабетическая нефропатия в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения, артериальная гипертензия, анемия.

06.05.14ФГ № 77797: Без патологии

22.04.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6см3; лев. д. V = 6,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В левой доли расширенный фолликул 0,3 и 0,32 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Расширенный фолликул левой доли.

Лечение: Лантус, Эпайдра, фозикард, бисопролол, ципринол, флуконазол, сорбифер, тиогамма, мильгамма, актовегин, мирцера.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 115/70-120/80 мм рт. ст. Увеличился уровень гемоглобина и эритроцитов. В связи с сохраняющейся лейкоцитурией сдала анализы мочи на бак. посев и чувст. к антибиотикам.

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 4-6 ед., п/о 4-6 ед., п/уж 4-6 ед., Лантус п/з 18-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, К, мочевины, креатинина, ОАК, ОАМ, СКФ.
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: фозиноприл 10 мг утром, бисопролол 5-10 мг утром. Контроль АД.
8. Кардиомагнил 1 т. вечер.
9. Тиогамма (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: бенфогамма 1т/сут 1,5 мес., вазокет 600 мг 1т\сут 1 мес. массаж воротниковой зоны.
11. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 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. Продолжить перевязки с димексидом 1:4 1п. лев. стопы, наблюдение хирурга по м\ж
14. С целью коррекции анемии и нефропротекцией мирцера 50 мкг подкожно 1р\мес, тардиферон или сорбифер-дурулес по 1т\сут. Контр ОАК.
15. Рек. нефролога: диета с ограничением белка соли, продуктов богатым калия. Фозикард 10 мг\сут, бисопролол 5 мг сут, цефикс 400 мг/сут, флуконазол 50 мг\сут до 10 дней, тардиферон 1т/сут, мирцера 50 мкг 1р\ммес ( по показаниям)наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д.
16. Конс. терапевта или нефролога с результатами бак посева мочи.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В