#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 741

##### 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 11.06.15 по 22.06.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Трофическая язва Ш п левой стопы. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоауляции сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы, нейропатическая форма. Остеомиелит 1, Ш пальца правой стопы. Хроническая язва Ш п правой стопы. Липоидный некробиоз н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия V ст. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I.САГ II ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, трофические язвы II, Ш п правой стопы, II п левой стопы, общую слабость, быструю утомляемость, периодически гипогликемические состояния .

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотические – 1998,1999, гипогликемическая – 2009. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Лантус п/з 16 ед Эпайдра п/з- 6ед., п/о- 3-4ед., п/у- 2-4ед ( при необходимости. Гликемия –2,0-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 04-05.2015г. Боли в н/к в течение 3-4 лет. Диабетическая нефропатия с 2005. Повышение АД в течение 5 лет, с того же времени повышение уровня азотистых шлаков (после беременности, родов). Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг утром, амлодипин 5 мг утром. С 2005 ухудшение зрения, производилась лазеркоагуляция сетчатки в г. Москве. С 1999 липоидный некробиоз обеих голеней. В 2000 перенесла остеомиелит IV – V п. левой стопы. В течении месяца после потертости Ш пальца правой стопы появилась трофическая язва. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.06.15 Общ. ан. крови Нв – 119 г/л эритр –3,6 лейк –4,8 СОЭ –15 мм/час

э- 2% п- 1% с-62 % л- 30 % м-5 %

12.06.15 Биохимия: СКФ –50 мл./мин., хол –5,08 тригл – 2,22 ХСЛПВП -0,99 ХСЛПНП -3,07 Катер – 4,1мочевина – 13,6 креатинин –154 бил общ –11,7 бил пр – 3,3тим – 5,9 АСТ – 0,34 АЛТ –0,66 ммоль/л;

17.06.15 Биохимия: СКФ –44,6 мл./мин., мочевина –9,5 креатинин –172,7 бил общ –11,8 бил пр 2,9– тим – 4,8 АСТ –0,42 АЛТ – 0,75 ммоль/л;

12.06.15.06.15 К – 4,3; Nа – 137 Са – 2,13 ммоль/л

18.06.15 К –5,1 ммоль/л

19.06.15 К –4,6 ммоль/л

### 12.06.15 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –1-2-3 в п/зр белок – 0,258 ацетон –отр; эпит. пл. –ед - в п/зр

15.06.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр -250 белок – 0,199

16.06.15 Суточная глюкозурия – 0,39%; Суточная протеинурия – 1,104

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.06 | 5,0 | 5,0 |  | 7,3 |
| 15.06 |  |  | 4,5 |  |
| 18.06 | 5,1 | 3,2 | 4,4 | 15,9 |
| 19.06 |  | 3,8 |  | 6,1 |
| 22.06 |  |  |  |  |

15.06.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Трофическая язва Ш п левой стопы.

04.2015Окулист: VIS OD=0,7 OS= 0,6 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, множественные микрогеморрагии. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоауляции сетчатки ОИ.

18.06.15ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

2015Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. САГ II ст.

12.06.15 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ II ст. Трофические язвы II, Ш пр стопы.

15.06.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.06.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

14.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,6 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В левой доле в с/3 два рядом стоящих расширенных фолликула 0,32 см и 0,3 см. Закл.: Расширенные фолликулы левой доли.

Лечение: Эпайдра, Лантус , алпростан , бисопролол, амлодипин, сорбифер, кардиомагнил, далацин С, розувастатин, перевязки с диоксизолем, тирозуром.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта , окулиста, невропатолога, нефролога, хирургапо м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 6-8ед., п/о-2-4 ед., п/уж -2-4 ед., Лантус п/з 18-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Бисопролол 5 мг утром, амлодипин 5 мг, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. Рек. окулиста: слезавит 1т.\*1р/д.
11. Наблюдение хирурга по м/ж,
12. Перевязки: чередовать тирозур гель, диоксизоль.
13. 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 Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.