#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 544

##### Ф.И.О: Спахи Людмила Сергеевна

Год рождения: 1982

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 21 .04.15 по 19.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоауляции сетчатки ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, сенсомоторная форма. 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. Артериальная гипертензия. Анемия. Дисметаболическая энцефалопатия 1-II. Хр. цефалгия напряжения. Миозит. Цереброастенический с-м, вегетативная дисфункция. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы кетоацидотическая – 1998,1999; гипогликемическая – 2009. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2004 переведен на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4ед., п/о-4ед., п/у-4ед., Лантус 22.00 – 20. Гликемия –2,0-20,0 ммоль/л. НвАIс - 9,1% от 03.2015 . Последнее стац. лечение в 01.2015г. 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.

22.04.15 Общ. ан. крови Нв –128 г/л эритр –3,8 лейк –6,9 СОЭ –6 мм/час

э- 0% п- 1% с- 73% л- 22% м- 4%

05.04.15 Общ. ан. крови Нв –124 г/л эритр –3,7 лейк –6,2 СОЭ –20 мм/час

э- 3% п- 0% с- 53% л- 35% м- 9%

22.04.15 Биохимия: СКФ –55,9 мл./мин., хол –3,2 тригл -1,33 ХСЛПВП -1,54 ХСЛПНП -1,05 Катер -1,08 мочевина –3,8 креатинин –142 бил общ –12,8 бил пр –4,1 тим – 2,62АСТ – 0,22 АЛТ – 0,43 ммоль/л;

06.05.15 мочевина – 4,9 креатинин – 169,0

24.05.15 К – 4,3 ; Nа – 132 Са – 2,69 ммоль/л

### 22.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 4-5 в п/зр белок – 0,573 ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. –ум в п/зр

24.04.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2000 эритр – 1500 белок – 0,357

30.04.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр -500 белок – 0,72

23.04.15 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – 0,81

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.04 | 8,1 | 4,0 | 6,6 | 3,1 |  |
| 25.04 | 7,4 | 4,7 | 4,8 | 5,9 | 6,4 |
| 30.04 | 8,9 | 5,1 | 2,9 | 6,9 | 8,0 |
| 05.05 | 5,4 | 11,2 |  |  |  |
| 07.05 | 8,8 | 3,2 |  |  |  |
| 11.05 | 3,8 | 3,2 | 2,5 | 8,4 |  |
| 13.05 | 10,7 | 3,7 | 5,4 | 4,6 |  |
| 15.05 | 3,0 | 6,7 |  |  |  |
| 16.05 |  | 3,1 | 8,4 | 12,8 | 9,2 |
| 17.05 | 3,9 |  |  |  |  |
| 18.05 | 8,0 |  |  |  |  |
| 19.05 | 6,7 |  |  |  |  |

22.04.15 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1-II цереброастенический с-м, вегетативная дисфункция. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, сенсомоторная форма. Трофическая язва Ш п правой стопы.

29.04.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1-II. Хр. цефалгия напряжения. Миозит.

22.04.15Окулист: VIS OD = 0,7 OS= 0,6

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

24.04.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось горизонтальная. Позиция промежуточная.

21.04.15 На р- гр пр стопы в 2х проекциях определяется разрушения основания ногтевой фаланги, дистальной части основной фаланги 1 п.

2014.Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. САГ IIст

22.04.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.05.15Осмотр доц. каф. хирургии ЗМАПО, центр диаб стопы ГКБ №3: С-м диабетической стопы, нейропатическая форма. остеомиелит 1, Ш пальца правой стопы.

24.04.15РВГ: Кровообращение не нарушено, 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: бисопролол, амлодипин, сорбифер, амоксиклав, кардиомагнил, Эпайдра, Лантус, цефтриаксон, нейробион, метрогил, мирцера, долоцин С, р-н терапия на трофическую язву.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, исчезли отек и гиперемия 1 и Ш п левой стопы. АД мм рт. ст.

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- 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. Тивортин 1 мер. л 3р/д 1 мес, нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 2-3 мес.
9. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 2,0 в/м 1т. \*2р/д 20 дней, прамистар 600 мг 1т 2р/д 2 мес.
10. Рек. окулиста: слезавит 1т.\*1р/д.
11. Рек. хирурга: далацин С 300 мг\сут 1 мес, продолжить перевязки, явка ч/з 1 мес.
12. Наблюдение хирурга по м/ж,
13. Перевязки: чередовать тирозур гель, диоксизоль.
14. 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.

Гл. врач Черникова В.В.