#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 593

##### Ф.И.О: Процуха Елена Николаевна

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Запорожье ,ул. Грязнова 1-84

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.05.15 по 22.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия V ст. Симптоматическая артериальная гипертензия IIст. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная хроническая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к Метаболическая кардиомиопатия. Сужение выходного тракта левого желудочка. СН1. Дисметаболическая энцефалопатия. С-м вестибулопатии.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния, увеличение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, отечность голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1980г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы – гипогликемическая 2011, 2013. С начала заболевания инсулинотерапия: Б-инсулин, Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2007 в связи с гипогликемическими состояниями на Левемир Новорапид, с 2011 в связи с сохраняющимися тяжелыми гипогликемическими состояниями. переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-2 ед., п/о- 1-2ед., п/у- 1-2ед., Лантус п/з 26 ед. Гликемия –2,0-5,0-8,0 ммоль/л. НвАIс – 8,3 % от . Последнее стац. лечение в 2013г. С 1197 нефропатия в виде гипертензии ,протеинурии с 2006 повышение уровня креатинина. Ухудшение зрения с 1999, проводилась лазеркоагуляция. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.05.15 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр – 4,4 лейк –8,8 СОЭ –12 мм/час

э- 2% п-0 % с-70 % л-24 % м- 4%

13.05.15 Биохимия: СКФ –29,0 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,05 ХСЛПВП -1,16 ХСЛПНП -3,56 Катер -3,48 мочевина –10,2 креатинин –224 бил общ –14,2 бил пр – 3,9 тим –2,3 АСТ – 0,43 АЛТ –0,30 ммоль/л;

22.05.15 мочевина -12,8 креатинин 265

15.05.15 К – 5,2 ; Nа – 132 Са – 2,12 ммоль/л

22.05.15 К – 4,14; Са – 2,48 ммоль/л

### 13.05.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 7-12, местами скопление до 24 в п/зр белок – 0,082 ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр, бактерии.

21.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,085

20.05.15 Суточная глюкозурия – 0,45%; Суточная протеинурия – 0,109г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.05 | 5,7 | 6,9 | 7,2 | 4,3 |  |
| 18.05 2.00-7,1 | 7,0 | 3,6 | 8,6 | 8,7 | 9,2 |
| 21.05 | 11,9 | 6,2 | 4,1 | 9,3 |  |
| 22.05 | 4,0 |  |  |  |  |

12.05.15Невропатолог: Диабетическая дистальная хроническая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия. С-м вестибулопатии.

13.05.15Окулист: VIS OD= 0,8 OS=0,7 ; ВГД OD= 18 OS=18

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. a:v 2:3 Сосуды расширенны, умеренно извиты, микроаневризмы, геморрагии, твердые экссудаты, следы лазеркоагулянты. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.05.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

18.05.15Кардиолог: САГ IIст. Метаболическая кардиомиопатия. Сужение выходного тракта левого желудочка. СН1

13.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.05.15Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

13.05.15РВГ: Нарушение кровообращения справа – II ст, слева N, тонус сосудов повышен.

20.05.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме почек, с уменьшением объема функционирующей паренхимы, вторично сморщенные почки, умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

13.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =3,5 см3; лев. д. V = 3,7см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, диакордин, моэкс, тиогамма турбо, витаксон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, достичь стойкой компенсации не удается из-за лабильного течения заболевания и наличия нефропатии, уменьшились боли в н/к, отечность. АД 130/80-140/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение энд**о**кринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-2-4 ед., п/о- 2-4ед., п/уж -2-4 ед. ( при необходимости), Лантус п/з 8-10 ед ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, клубочковой фильтрации, креатинина, К, ОАК, ОАМ.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг, дилтиазем ретард 90 мг 2р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Диакордин 90 мг 1-2 р/д, моэкс 7,5 мг на ночь, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. 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.
9. Рек. невропатолога: вестинорм 24 мг 1т 2р\д ницериум ( сермион )30 мг утр. 1 мес.,
10. Рек. нефролога: диета с ограничением соли, белка, гипотензивная терапия , сорбенты, слабительное, контр ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес, фитотерапия. УЗИ контроль 2р. в год.
11. 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.

Нач мед. Костина Т.К.