#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 36

##### Ф.И.О: Спахи Людмила Сергеева

Год рождения: 1982

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 13.01.15 по 28.01.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазерокоагуляции сетчатки ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Липоидный некробиоз н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия II, сочетанного генеза. Хроническая цефалгия напряжения. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. САГ Ш ст. Анемия хронического больного легкой степени.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая – 2009, кетоацидотическая 1998, 1999. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2004 в связи с лабильностью заболевания переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-6ед., п/о-4 ед., п/у- 4ед., Лантус п/з – 20 ед. Гликемия –2,0-20,0 ммоль/л. НвАIс – 9,6 % от 11.2014. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 2014 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл, бисопролол 5 мг утром. С 2005 ухудшение зрения, проведено лазерокоагуляция ОИ. Протеинурия, повышение уровня азотистых шлаков более 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.01.15 Общ. ан. крови Нв –122 г/л эритр – 3,8 лейк – 5,1 СОЭ – 17 мм/час

э-2 % п- 0% с- 53% л- 10 % м- 5%

14.01.15 Биохимия: СКФ –56,7 мл./мин., хол –5,76 тригл 2,0- ХСЛПВП -1,41 ХСЛПНП -3,4 Катер -3,1 мочевина –9,4 креатинин – 144,0 бил общ – 11,9 бил пр –2,4 тим –5,2 АСТ – 0,39 АЛТ – 0,33 ммоль/л;

22.01.15 Нв -110 эрит – 3,5

19.01.15 Биохимия: СКФ –49 мл./мин., мочевина –10,9 креатинин –166 АСТ – 0,42 АЛТ –0,72 ммоль/л;

26.01.15 Биохимия: мочевина –6,4 креатинин – 119

16.01.15 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/л АТ ТПО –33,2 (0-30) МЕ/мл

16.01.15 К – 5,1 ; Nа – 139,9 ммоль/л

19.01.15 К – 4,8 ммль/л

27.01.15 К – 5,1 ммль/л

19.01.15 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 100 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6\*10-4

### 14.01.15 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ;ед эпит. перех. - в п/зр

19.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – 0,082

21.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - 250 белок – 0,166

15.01.15 Суточная глюкозурия – 0,54%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.01 | 8,3 | 4,3 | 4,1 | 9,8 |  |
| 16.01 2.00-3,5 | 6,3 | 2,3 | 8,7 | 4,8 | 3,1 |
| 19.01 | 6,1 | 12,2 | 4,3 | 4,2 |  |
| 20.01 |  | 5,4 |  |  |  |
| 22.01 | 11,0 | 11,0 | 10,5 | 5,4 | 6,8 |
| 23.01 | 8,7 |  |  |  |  |
| 25.01 | 9,7 | 10,8 | 10,2 | 9,6 |  |
| 26.01 |  |  |  | 5,8 | 3,6 |
| 27.01 2.00-4,6 | 5,1 | 2,9 | 5,9 | 3,7 | 4,8 |
| 28.01 | 7,6 | 3,1 |  |  |  |

14.01.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Хроническая цефалгия напряжения.

14.01.15Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,6

Единичные микроаневризмы, множественные лазеркоагулянты. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.01.15ЭКГ: ЧСС -0,78 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Умеренная гипертрофия ЛЖ.

Кардиолог:

14.01.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.01.15Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия

20.01.15 Осмотр асс каф терапии Ткаченко О.В: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Липоидный некробиоз н/к. Дисметаболическая энцефалопатия II. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Хроническая цефалгия напряжения .Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазерокоагуляции сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. сочетанного генеза Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. САГ Ш ст. Анемия хронического больного легкой степени тяжести.

14.01.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

20.01.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; кальцинатов в сосочках пирамидок правой почки.

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: Лантус, Эпайдра берлиприл, бисопролол, торвакард, кардиомагнил, сорбифер, розувастатин, фозиноприл, амлодипин, мирцера, тиогамма, мильгамма, глиятилин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, с больной проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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- 5-7ед., п/о-2-4 ед., п/уж -2-4 ед., Лантус п/з – 20-22ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.Контр азотистых шлаков, К+ в динамике.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Амлодипин 5 мг утром, бисопролол 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д
7. Рек. невропатолога: глиятилин 400 мг 2р\сут до 1 мес.
8. Рек. окулиста: слезавит 1т.\*1р/д.
9. Рек нефрлога: нормазе 30 мг 1-2 р/нед, сорбифер дурулес 1т/сут, мирцера 50 мкг 1р/мес. УЗИ МВС 1р\год.
10. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.