#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 587

##### Ф.И.О: Процуха Елена Николаевна

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Запорожье, ул. Грязнова, кв 84

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 10.05.16 по 20.05.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ХПН 1. Нефрогенная гипертензия. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Начальная катаракта ОИ. Преепролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая)., с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ночное время, повышение АД до 180/100, отеки н/к, головокружение, боли в поясничной области, одышка при физ нагрузке.

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 Левемир, Новорапид, с 2011 в виду частых гипогликемических состояний назначены Эпайдра Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-1-2 ед., п/о-1-2 ед., п/у- 1-2ед.,Лантус п/з – 7ед. Гликемия –2,0-30,0 ммоль/л. НвАIс – 7,8 % от 2016 . Последнее стац. лечение в 2015г. Нефропатия с 1993, повышение уровня креатинина с 2006. Повышение АД в течение 24 лет. Из гипотензивных принимает диакордин, фозикард. Ухудшение зрения с 1999, проводилась лазеркоагуляция. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.05.16 Общ. ан. крови Нв – 127 г/л эритр – 3,8лейк – 8,7 СОЭ –18 мм/час

э- 2% п- 1% с- 70% л- 22 % м- 5%

11.05.16 Биохимия: СКФ –24,3 мл./мин., хол –5,6 тригл – 1,2ХСЛПВП -1,6 ХСЛПНП – 3,45Катер -2,5 мочевина – 10,9 креатинин –263 бил общ –135 бил пр –3,4 тим –5,2 АСТ – 0,34 АЛТ –0,34 ммоль/л;

11.05.16 Глик. гемоглобин – 7,8%

17.05.16 К – 4,3 ; Nа –138 ммоль/л

### 11.05.16 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 18-24 в п/зр белок – 0,174 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

16.05.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -25000 эритр - белок – 0,184

13.05.16 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – 0,353

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.05 | 4,8 | 7,4 | 5,4 | 37 | 7,2 |
| 16.05 | 6,5 | 2,6 | 3,2 | 19,0 | 13,7 |
| 18.05 | 14,9 | 5,5 | 8,7 | 12,2 | 6,2 |
| 19.05 | 8,2 |  |  |  |  |

11.05.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая)., с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м.

11.0516Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

10.05.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.05.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. САГ II ст.

11.05.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.05.16 На р-гр обеих стоп признаки субхондрального склероза в 1х плюснефаланговых суставах с формированием Halus Valgus. Деструктивных изменений не выявлено.

11.05.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,3 см3; лев. д. V = 4,0 см3

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, диалипон турбо, витаксон, солкосерил, пирацетам, кортексин, тивортин, диакордин, фозикард, ципрофлоксацин, флуконазол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, тенденция к гипогликемическим состояниям; уменьшились боли в н/к. АД 130/80-140/90мм рт. ст., исчезли отеки н/к.

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-1-3 ед., п/о-1-3 ед., п/уж -1-3 ед., Лантус 22.00 п/з 8-10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: физиотенс 0,2-0,4 мг веч. Контроль АД, ЭКГ.
8. Фозикард 1т/сут, диакордин 90 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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: сермион 30 мг утр. до 3 мес.,
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.
12. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д.
13. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
14. Конс. нефролога.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.