#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1361

##### Ф.И.О: Стоячко Евгения Эдуардовна

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье ул. Медведева 6-4

Место работы: н/р

Находился на лечении с 04.11.16 по 15.11.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце субаортальный стеноз СН I. Отдаленные последствия перенесенного компрессионного перелома Т12.( 207) с-м посттравматической торакалгии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., частые гипогликемические состояния в различное время суток вплоть до ком (апрель, май, август )

Краткий анамнез: СД выявлен в 1987г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические неоднократно. В 20007 во время гипогликемической комы произошел компрессиионный перелом Тн 12 В 2016 – IV, V, VIII месяцах ( вызов СПМ, введение 40% глюкозы). Кетоацидотические состояния 1996, 1999. С начала заболевания инсулинотерапия. С 2017 в связи с гипогликемическими состояниями переведена на аналоги. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4-6ед., п/о-6-8 ед., п/у- 2-4ед., Лантус п/з- 30 ед. Гликемия –2,4-15,0 ммоль/л. НвАIс - 9,7 %. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает ко-пренесса. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.11.16 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр – 43 лейк –8,0 СОЭ –12 мм/час

э- 0% п- 2% с- 71% л- 25 % м-2 %

04.11.16 Биохимия: СКФ –58 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,1 ХСЛПВП -1,9 ХСЛПНП -2,8 Катер – 1,7 мочевина –9,5 креатинин –112,5 бил общ –10,8 бил пр –2,7 тим –5,7 АСТ – 0,22 АЛТ –0,23 ммоль/л;

07.11.16 Биохимия: СКФ –70 мл./мин., хол –4,9 тригл -0,91 ХСЛПВП -1,73 ХСЛПНП – 2,76Катер -1,8 мочевина –6,8 креатинин –85 бил общ –10,8 бил пр – 2,7 тим – 4,6АСТ – 0,46 АЛТ –0,15 ммоль/л;

07.11.16 Анализ крови на RW- отр

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

### 07.11.16 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - ед в п/зр

08.11.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.11 | 15,9 | 15,2 | 13,0 |  |  |
| 05.11 | 6,4 | 4,7 | 10,4 | 9,8 | 7,1 |
| 06.11 | 10,0 | 17,5 | 5,1 |  |  |
| 08.11 | 7,2 | 13,8 |  |  |  |
| 12.11 | 6,0 | 9,9 | 3,7 |  |  |

2015 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Отдаленные последствия перенесенного компрессионного перелома Т12.( 207) с-м посттравматической торакалгии.

04.11.16Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ;

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.11.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. . Гипертрофия левого желудочка. .

04.11.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце субаортальный стеноз СН I.

11.11.16 ФГ ОГК: без патологии

11.11.16ЭХО КС (прилагается): локальная гипертрофия МЖП в зальном отеле с умеренной обструкцией выходного тракта ЛЖ, продольная деформация ЛЖ, циркулярная деформация ЛЖ 15,6%, в области верхушки – 12,3. Функция сегментарной деформации и скручивания ЛЖ умеренно снижена. Продольная деформация миокарда ЛП 24,5.

07.11.16РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

04.11.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,0 см3; лев. д. V = 3,8см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: ко-пренесса, Тожео, Эпайдра,

Состояние больного при выписке: Стойкой компенсации на инсулинах Лантус, Эпайдра достигнуть не удавалось, сохранялась тенденция к гипогликемическим состояниям. У пациентки имелась шприц-ручка Тожео, в связи с чем комиссионно переведена на данный вид инсулина. СД компенсирован, гипогликемических состояний клинически не отмечает. АД 130/80 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-2-4 ед., п/о-2-4 ед., п/уж -2-4 ед., Тожео п/з 32-34ед.
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: ко-пренесса 4 мг 1т утром. контроль АД. Контроль АД, ЭКГ.
8. Ко-пренесса 4 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
10. 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.