#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 788

##### Ф.И.О: Спахи Людмила Сергеевна

Год рождения: 1982

Место жительства: г. Запорожье ул. Горького 115/1 (проживает: ул.Чаривная 157/76)

Место работы: инв II гр, н/р

Находился на лечении с 26.05.17 по 15.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. С-м диабетической стопы 0 ст., смешанная форма. Состояние после операции (2015): ампутация II п. пр. стопы. Липоидный некробиоз обеих голеней. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст. Диффузный зоб 1 ст, Эутиреоидное состояние. Дополнительная хорда ЛЖ. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния в различное время суток 2-3р/нед, купируемые доп. приемом пищи, около месяца назад перенесла гипоглик. состояние с потерей сознания (помощь оказывал муж), общую слабость, быструю утомляемость ,сниженный аппетит, отеки голеней и стоп вечером.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая 2009, кетоацидотическая гипергликемическая 1998, 1999. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2007 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4ед., п/о- 3-4ед., п/у- 0-2ед., Лантус п/з 18 ед. Гликемия –2,0-13,0 ммоль/л. НвАIс - 4,7% от 16.03.17. Последнее стац. лечение в 09.2016г. Диабетическая нефропатия с 2005. Повышение АД в течение 9 лет, с того же времени повышение уровня азотистых шлаков (после беременности, родов). Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг утром, амлодипин 5 мг утром. В течение года пользоваль мирцерой 1р/мес, принимает препараты железа. 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 2015 неоднократно лечилась в эндокриндиспансере в связи с трофической язвой II п пр стопы. 10.11.15 ампутация II п правой стопы в х/о Харьковского эндокриндиспансера. В анамнезе диффузный зоб АТТПО -33,2 (0-30) МЕ/мл от 01.2015. Оперирована по поводу контрактур Дюпиитрена в 2014, 2016 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 29.05 | 142 | 4,2 | 8,8 | 23 | 1 | 2 | 70 | 23 | 4 |
| 06.06 | 119 | 3,6 | 6,0 | 33 | 0 | 1 | 58 | 38 | 3 |
| 14.06. | 120 | 3,6 | 7,3 | 24 | 1 |  | 60 | 33 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 29.05 | 42,7 | 5,6 | 1,83 | 1,27 | 3,5 | 3,4 | 12,1 | 185 | 8,9 | 2,2 | 4,8 | 0,31 | 0,28 |
| 14.06 |  |  |  |  |  |  | 24,1 | 203,5 |  |  |  |  |  |

29.06.17 Анализ крови на RW- отр

### 01.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,471 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

02.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – 0,47

08.06.17 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – 0,686

14.06.17 CKD-EPI -27 мл/мин/1,73м2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.05 | 8,9 | 5,1 | 5,4 |  |  |
| 02.06 | 3,6 |  | 10,3 | 3,8 | 6,4 |
| 07.06 |  | 5,1 | 5,8 | 2,7 |  |
| 09.06 | 8,1 | 14,9 | 6,1 | 5,8 | 4,9 |
| 10.06 | 8,5 | 14,2 |  |  |  |
| 12.06 | 4,1 | 3,2 | 6,6 | 5,3 |  |
| 13.06 2.00-9,1 | 5,1 |  |  |  |  |
| 14.06 | 8,1 | 9,3 |  | 8,7 | 4,6 |
| 15.06 | 6,5 | 4,1 |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м.

Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, вены расширены. Неравномерного калибра. По ходу сосудов единичные ретинальные геморрагии., большое количество лазерных коагулянтов. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ.

26.05.17 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

08.06.17 Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст. Дополнительная хорда ЛЖ. Рек. кардиолога: амлодипин 10 мг утром. бисопролол 5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.

03.06.17 ЭХО КС: Минимальная регургитация на ЛА. Дополнительная хорда в с/3 МЖП. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

02.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.06.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. СДС 0 ст. смешанная форма. СПО (2015) ампутация II п. пр. стопы. липоидный некробиоз обеих голеней.

06.06.17 УЗИ почек: пр. почка 11,0\*4,6см, левая 10,1\*4,4 см. Ультразвуковой патологии не выявлено.

15.06.17 Нефролог: д-з: ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия , артериальная гипертензия. Р-но: контроль ан.крови и мочи, показателей креатинина и мочевины, УЗИ МВС 1-2 раза в год, адекватная противогипертензивная терапия, диета с ограничением белка, соли, калия, прием препаратов лактулозы.

07.06.17 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено справа – 1- II ст, слева II – Ш ст. . Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

09.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,4 см3; лев. д. V =5,7 см3

Перешеек –0,38 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. В левой доле расширенные фолликулы 0,23 см и 0,26 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: расширенные фолликулы левой доли.

Лечение: Лантус, Эпайдра, Тожео, вессел-дуэ-ф, амлодипин, бисопролол, тивомакс, тиогамма, ноотропил, мильгамма,

Состояние больного при выписке: Компенсировать на фоне введения Лантуса не удавалось, в связи сохраняющимися частыми гипоглик. состояниями комиссионно переведена на Тожео. СД субкомпенсирован, гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к, улучшилась чувствительность. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут, рационе соли, продуктов богатых калием, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 3-4ед., п/о-2-3 ед., п/уж -1-2 ед.(при необходимости), Тожео п/з 15-17 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, калия ,СКФ, креатинина.
5. УЗИ МВС 1-2 раза в год
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы через 3 месяца
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг. Контр. АД.
9. Тиогамма 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. тивортин 1л 2р\д 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 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.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И.о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.