#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 651

##### Ф.И.О: Процуха Елена Николаевна

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Запорожье ул. Грязнова 1/84

Место работы: инв II гр с детства

Находился на лечении с 03.04.17 по 12.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. САГ Ш ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия, осложненная катаракта ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II сочетанного генеза (дисметаболическая гипертоническая). С-м вестибулопатии.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния

Краткий анамнез: СД выявлен в 1980г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы - гипогликемические 2011, 2013. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2007 в связи с гипогликемическими состояниями переведена на аналоги(Левемир, Новорапид. С 2011 переведена на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 1-2ед., п/о-1-2 ед., п/у- 0-2ед., Лантус 8.00 – 8 ед. Гликемия –2,0-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает диакордин 90 мг, индапрес 2,5 утром, амлодипин 5 мг веч. С 2006 овышенеи уровня лаков. Прогрессирующее ухудшение зрения с 1999, лазеркоагуляции сетчатки. 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 |
| 04.05 | 121 | 3,6 | 9,4 | 25 | 1 | 0 | 80 | 15 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.05 | 16,9 | 4,7 | 0,98 | 1,44 | 2,8 | 2,3 | 22,5 | 379,5 | 11,0 | 2,7 | 3,1 | 0,25 | 0,3 |
| 10.05 | 18,6 |  |  |  |  |  | 20,1 | 345,4 |  |  |  |  |  |

05.05.17ТТГ – 2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

### 04.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 5-6 в п/зр белок – 0,078 ацетон –отр; эпит. пл. -мноог ; эпит. перех. -ед в п/зр

08.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,103

05.04.17 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – 0,144

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.05 | 5,0 | 5,5 | 3,2 | 9,6 | 11,1 |
| 08.05 | 9,7 | 11,4 | 5,6 | 3,1 | 6,0 |
| 10.05 | 3,7 | 6,2 | 9,1 | 5,3 |  |

03.05.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II сочетанного генеза (дисметаболическая гипертоническая). С-м вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

05.05.17 Окулист: VIS OD=0,6 OS=0,6

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды извиты, вены полнокровны, единичные микроаневризмы. В макулярной области депигментация. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложнённая катаракта ОИ.

03.05.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

11.05.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

Рек. кардиолога: небивал 2,5-5 мг. при повышение АД физиотенс 0,2мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

03.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст .

12.05.17 Нефролог: Хроническая болезнь почек IVст. диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия.

04.05.17 РВГ: Нарушение кровообращения справа II ст. слева 1-IIст, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока справа.

04.05.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева – 1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

12.05.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы, изменений диффузного типа в паренхиме почек с уменьшением объема функционирующей паренхимы, вторично сморщенные почки., размеры пр почка – 7,1\*2,9\*3,3см ширина паренхимы до 1 см. левая почка 8,8\*4,2\*4,6, ширина паренхимы до 1,2 см.

Лечение: диакордин, индапрес, амлодипин, ципрофлоксацин, флуконазол, нейрорубин, атоксил Лантус, Эпайдра, тиоцетам, кортексин, актовегин, диалипон,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. 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-1-2 ед., п/о- 1-2ед., п/уж -0-2 ед., Лантус п/з 7-9 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. Диакордин 90 мг утром, индапрес 2,5 мг в обед, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. 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.
8. Рек. нефролога: диета с ограничением поваренной соли, белка продуктов богатых калием, избегать переохлаждения тяжелого физ. труда контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия, использование ингибиторов АПФ и АРА 2 противопоказано. При снижение СКФ ниже 15 мл\мин представить на диализную комиссию (иметь при себе доплер артерий в/к, ан. крови на маркеры вирусного гепатита и ВИЧ).
9. Применение сорбентов (атоксил, белый уголь, активированный уголь, полисорб, энтеросгель) за 1 час до еды 3-4 р/д.
10. Контроль СОЭ в динамике
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. Карпенко И.В