#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1610

##### Ф.И.О: Русанова Елена Евгеньевна

Год рождения: 1957

Место жительства: К-Днепровский р-н, К-Днепровская ул. Октябрьская -46

Место работы: пенсионер, инв Ш гр бессрочно.

Находился на лечении с 16.11.17 по 01.12.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Почти зрелая катаракта ОИ. Ожирение III ст. (ИМТ-41кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. Железы. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. (ТИА-2010г). Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Энцефалопатия II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м, вестибуло- атактческий с-м. Хр.пиелонефрит, латентное течение в ст. не резко выраженного обострения. Миома матки небольших размеров. Термический ожог V пальца правой кисти II ст.

Жалобы при поступлении на чатсые гипогликемические состояния в дневное время до 2-3 раз в неделю, купирует приемом сладкого. увеличение веса на 20 кг за последние 4 года, ухудшение зрения, выраженные боли и онемение в н/к, судороги, снижение чувствительности в руках и в ногах, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, периодически запоры.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1988г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические со слов-2015г-2 раза, вызывалась бригада СПМ). С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-17 ед., п/о-7 ед., п/у4-6 ед., Протафан НМ 22.00 – 17ед. Гликемия –2,8-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг. АИТ с 2008 АТТГ – 2482 (0-100) АТТПО – 179,5(0-30), В 2015г ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл. В 2007г-Пиелонефрит. В 2007г- меланома кожи левой голени.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 17.11 | 144 | 4,3 | 3,3 | 40 | 1 | 0 | 72 | 25 | 2 |
| 21.11 |  |  |  | 18 |  |  |  |  |  |
| 29.11. |  |  |  | 29 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 17.11 | 84,4 | 4,7 | 1,6 | 1,65 | 2,35 | 1,9 | 3,0 | 82, | 19,4 | 4,8 | 1,8 | 0,2 | 0,15 |

1711.17 Глик. гемоглобин -7,2 %

17.11.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

17.11.17 К – 4,48 ; Nа – 140 Са++ -1,23 С1 – 105 ммоль/л

20.11.17 Проба Реберга: креатинин крови- 82мкмоль/л; креатинин мочи- 9680 мкмоль/л; КФ-79,6 мл/мин; КР- 98,9 %

### 20.11.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –8-9-10-12, эр-0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - едв п/зр

22.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 9500 эритр – 250 белок – отр

28.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1500 белок – отр

20.11.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 23.11.17 Микроальбуминурия -36.2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.11 | 9,4 | 9,9 | 4,5 | 2,8 | 9,1 |
| 18.11 | 10,6 | 8,4 | 12,5 | 5,4 | 4,9 |
| 19.11 2.00-2,5 |  |  |  |  |  |
| 21.11 | 3,3 | 9,9 | 13,0 | 13,6 | 11,6 |
| 24.11 | 4,3 | 9,8 | 7,5 | 11,6 | 5,9 |
| 25.11 2.00-2,5 | 2,5 | 9,5 | 5,6 | 5,1 | 2,3 |
| 26.10 2.00-4,0 | 5,1 | 6,0 | 5,6 | 6,6 | 2,8 |
| 28.11 2.00-6,6 | 7,4 | 11,4 | 11,4 | 8,6 | 8,5 |
| 29.11 |  | 10,2 |  |  |  |
| 30.11 | 5,2 | 8,2 | 7,3 | 5,6 |  |

22.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). Энцефалопатия 2 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м, вестибуло- атактческий с-м. Рек: келтикан 1т 3р/д, диалипон 600 в/в кап, актовегин 10,0 в/в.

20.11.17Окулист: VIS OD= 02сф-1,0=0,3 OS= 0,1н/к Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно под флером. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены, вены расширены полнокровны, ангиосклероз, хориосклероз, с-м Салюс 1 1- II ст ед. Микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Почти зрелая катаракта ОИ. Рек Оперативное лечение ФЭК + ИОЛ

16.11.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево.

16.11.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

16.11.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Термический ожог V п. пр кисти II ст.

24.11.17Гинеколог: Миома Матки небольших размеров, гиперплазия эндометрия. Р-но: ФДВПМ в плановом порядке.

12.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к значительно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. 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.

17.11.17 УЗИ ОБП и МВС: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы;

24.11.17 УЗИ ОМТ: Эхоопризнаки лейомиомы матки, гиперплазии эндометрия, кисты шейки матки.

16.11.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V = 5,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актапид НМ, Протафан НМ, бисопролол, тиогамма турбо, эналаприл, армадин 4,0 в/в, торадив, неогабин.

Состояние больного при выписке: гликемия в пределах целевых значений, в связи с прогрессирующим набором массы тела и тенденцией к гипогликемическим состояниям в ночное и вечернее время переведена на 2-х кратное введение инсулина, на фоне которого во время пребывания в гипогликемические состояния не отмечались, несколько уменьшились боли в н/к, АД 120/80 мм.рт.ст, ожог на V пальце правой кисти с ст.эпителизации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 10-12 ед., Протафан НМ п/з- 22-24 ед., п/уж – 6-8ед. При наличии тяжелых гипогликемических состояний рекомендована повторная госпитализация для перевода на другие виды инсулина.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет) 10 мг 1т веч длительно
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 1ть 2р/д, бисопролол5 мг вечером, лоспирин 75 мг 1т. вечер. Контр. АД. Трифас 10 мг 1 т натощак 2 раза в неделю при отеках
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1 к 3 р/д-1 мес, плетол 100 мг 1 т 2р/д- длительно
8. Продолжить прием норфлоксацина 400 мг по 1 т 2р/д до 10 дней, нефрофит сбор 1 п 2р/д-1 мес, контроль ан.мочи, СОЭ в динамике.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 12 мес
10. Продолжить прием норфлоксацина 400 мг 1 т 2р/д до дней, контроль ан.мочи, СОЭ в динамике.
11. соблюдение рекомендаций окулиста, гинеколога.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.