#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1247

##### Ф.И.О: Емець Наталья Михайловна

Год рождения: 1956

Место жительства: г. Запорожье ул. Автозаводская 8-42

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 08.09.17 по 27.09.17 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 5, NDS 5), Автономная нейропатия мочевого пузыря. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хр пиелонефрит в ст нестойкой ремиссии. Ангиомиолипому правой почки. Узловой зоб 1 ст .узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. вестибуло-атактический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/80 мм рт.ст., гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1975г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: принимала различные виды инсулина. С 2008 –Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-18 ед., п/у- 10ед., Фармасулин НNP п/з 44 ед ,п/у 12 ед. НвАIс – 10,5 % от 07.2017. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает фозикард 10 г 1т утром +1/2 т. веч. В анамнезе узловой зоб ТТГ –2,41 (0,3-4,0) Мме/мл; 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 |
| 11.09 | 136 | 4,1 | 83 | 26 | 0 | 7 | 62 | 27 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.09 | 68,2 | 5,27 | 2,2 | 1,32 | 2,94 | 3,0 | 6,9 | 92,4 | 10,6 | 2,8 | 2,9 | 0,19 | 0,33 |

11.09.17 Анализ крови на RW- отр

14.09.17 Проба Реберга: креатинин крови-92,4 мкмоль/л; креатинин мочи- 7370мкмоль/л; КФ- 59мл/мин; КР- 99%

20.09.17 ан.мочи на микрофлору: рост микрофлоры не выявлен.

### 11.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –15-18 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

15.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

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

11.09.17 Суточная глюкозурия – 0,50; Суточная протеинурия – отр

##### 14.09.17 Микроальбуминурия – 28,2мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.09 | 14,3 | 16,4 | 12,3 | 14,9 |  |
| 12.09 | 12,5 | 11,5 | 11,4 | 11,5 |  |
| 13.09 | 16,2 | 18,8 | 61 | 6,0 | 5,6 |
| 15.09 | 9,3 | 13,0 | 11,6 | 11,5 | 9,0 |
| 16.09 | 10,1 | 10,2 | 13,1 | 7,8 | 4,6 |
| 20.09 | 14,4 | 13,8 | 12,1 | 4,4 |  |
| 21.09 | 11,6 | 12,1 | 7,7 | 5,8 | 5,9 |
| 24.09 | 10,1 | 15,5 | 15,2 | 16,8 | 16,3 |
| 26.09 2.00-12,7 | 18,0 | 16,5 | 17,5 | 13,1 | 13,2 |
| 29.09 | 7,5 | 15,0 | 11,4 | 6,3 |  |
| 02.10 |  | 13,9 |  |  |  |
| 03.10 |  |  |  |  |  |

16.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м, вестибуло-атактический с-м.. Рек: вестинорм 24мг 2р/д, кардиомагнил 75 мг веч, неогабин 75 г 2р/д, L-лизин эсцинат 10,0 в/в №10, МРТ ПОП

08.09.17ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

11.09.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст Варикозная болезнь н/к ВРВ (поверхн) голени II ст с двух сторон..

26.09.17Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия. Ангиомиолипому правой почки.

11.09.177РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена. Нарушение кровообращения справа – IIст слева Ш ст. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

14.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; образования в правой почке похожего на ангиомиолипому, нельзя исключить наличие микролитов в почках. перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

15.09.17 Уролог: Атония мочевого пузыря. Рек: уротол СР 1т /сут 1 мес, тритико 1/2т в сутки на ночь

26.07.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

08.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,3 см3; лев. д. V = 5,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, однородная. В левой . доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,79\*0,55 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: цефикс, флуконазол, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, каптоприл, барбовал, ципрофлоксацин, тритико, нуклео ЦМФ, щелочное питье, индапамид, уротол, бисептол фозикард, тиогамма турбо, нейробион атоксил, уролесан,

Состояние больного при выписке: СД некомпенсирован, больная нуждается в изменении схемы инсулинотерапии и дальнейшей коррекции доз, от чего категорически отказывается, о последствиях предупреждена, от консультации окулиста кардиолога, отказалась. АД 150/90мм рт. ст. Сохраняется субфебрильная темпереталу тела во 2-й половине дня.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 46-48ед., п/уж -8-10 ед., Фармасулин Н п/з 18-20 ед, п/у 4-6 ед.

Наилучшая компенсация достигалась в условиях стационара на 4-х кратном режиме Фармасулин Н п/з 20ед, п/о 26ед, п/у 14ед, Фармасулин НNP 22.00-12ед.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг с контролем липидограммы 1р 3 нед.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: индапамид 2,5 мг утром, фозикард 10мг/сут. кардиомагнил 75 мг веч. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. Цефикс 400 мг 1р/сут, флуконазол 50 мг/сут до 10дней. Контроль ан. мочи. В дальнейшем продолжить канефрон 2т 3р/д 1мес.
7. Конс. окулиста, кардиолога по м/ж.
8. Контроль СОЭ в динамике.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В