#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1247

##### Ф.И.О: Емец Наталья Михайловна

Год рождения: 1956

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

Место работы: пенсионер

Находилась 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. Диабетическая нефропатия III. Хр.пиелонефрит в ст. нестойкой ремиссии. Ангиомиолипома правой почки**.** Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб I ст., узел левой доли. эутиреоидное состояние. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический 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 … кг за год,

ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до ++ мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физ. нагрузке, учащенное мочеиспускание, сердцебиение, боли в прекардиальной области, боли в эпигастральной области, боли в поясничной области, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил). С … в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Постоянно инсулинотерапия.

В наст. время принимает: п/з- ед., п/о- ед., п/у- ед., 22.00

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Хумулин R, Хумулин NРН, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, диабетон МR,

Генсулин R, Генсулин Н,

Гликемия – ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в …г. Боли в н/к с начала заболевания в течение … лет. Повышение АД в течение … лет. Из гипотензивных принимает …

ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл от … .

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, 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%

### 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

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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

16.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический 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, предоставить МРТ ПОП

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Выберите элемент. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

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 сдвух сторон..

26.09.17 Нефролог: ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

Гастроэнтеролог: Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. панкреатит с ферментативной недостаточностью функции подж. железы, с нарушением внешне и внутрисекреторной функции подж. железы. Хр. гастродуоденит с болевым и диспепсическим с-мом.

Гинеколог:

09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижено. 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 кровобращения справа – IIст слева Ш ст. Затрудненние венозногооттока с обеих сторон.

Допплерография: ЛПИ справа – , ЛПИ слева – . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst III ст. с обеих сторон.

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа %, задней большеберцовой артерии справа %. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; образования в правой почке похожего на ангиомиолипому, неьзя 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: стрессовое недержание мочи .

26.09 .17 Уролог: Атония мочевого пузрыря?

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: Фармасулин Н, Фармасулин HNP, фозикард 10 по ½ т 2р/д, тиогамма турбо в/в кап №10, нуклео ЦМФ 2,0 в/м №5, нейробион 3,0 в/м №5, щелочное питне, атоксил, уролесан, индапамид 2,5, бисептол, каптоприл, барбовал, ципрофлоксацин 500, уротон, триттико, цефикс 400, флуконазол 50мг.

Состояние больного при выписке: Для достижения компенсации СД пациентка нуждается в переводе на дробный режим введения инсулина, от которого она категорически отказывается, от продолжения коррекции инсулинотерапии также отказывается, настаивает на выписке, о последствиях предупреждена, о чем имеется запись в истории болезни, на фоне а/б терапии нормализовалась температура тела, сохраняются боли в н/к, АД 140/80мм рт. ст.

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 Н п/з 18-20 ед п/у 4-6

Фармасулин НNР п/з 42-44 ед п/у 8-10 ед

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 мес
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: фозикард 5 мг 2 р/д,, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут -1 мес, келтикан 1 к 3р/д -1 мес, неогабин 75 мг 1 т 2р/д—1 мес, вестинорм 24 мг 1 т 2р/д-1 мес
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Соблюдение рекомендаций уролога
8. Осмотр окулиста в плановом порядке по м/ж.
9. Продолжить прием цефикса 400 мг + флуконазол 50 мг в сутки до 10 дней, контроль ан.мочи в динамике по м/ж

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В