#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1186

##### Ф.И.О: Редько Валентина Ивановна

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Запорожье, ул. 40 лет Победы, 65 а, кв. 46

Место работы: пенсионер, инв. III гр. бессрочно.

Находился на лечении с 12.09.18 по  20.09.18 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 Ш ст , сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ВП OS. Незрелая катаракта ОД. Авитрия ОИ. ХБП Vст. Диабетическая нефропатия V . мелкие конкременты левой почки, Артериальная гипертензия Шст Очень высокий кардиовакулярный риск. Анемия хронического больного. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза, церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния в дневное время суток, боли в н/к, онемение ног, периодические головные боли, увеличение веса на 5 кгза год, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 230/120 мм рт.ст.,, отеки голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1988 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 3-4 ед., п/о- 6 ед., п/у- 3-4 ед., в 22.00 Левемир 12 ед. Гликемия – 3,4-14,8ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2017 г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.09 | 98 | 2,9 | 5,8 | 66 | |  | | 1 | 0 | 65 | 32 | | 2 | | |
| 19.09 | 85 | 2,6 | 4,7 | 60 | |  | | 3 | 1 | 58 | 35 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.09 |  | 5,5 | 2,0 | 0,9 | 3,7 | | 5,1 | 21,1 | 301 | 10,4 | 2,8 | 5,6 | | 0,12 | 0,17 |
| 17..09 |  |  |  |  |  | |  | 1,94 | 604 |  |  |  | |  |  |
| 18.09 |  | 4,77 | 1,82 | 1,05 | 2,88 | | 3,5 |  |  |  |  |  | |  |  |

13.09.18 Амилаза 35,5

18.09.18 Глик. гемоглобин – 8,2%

18.09.18 общий белок – 63

17.09.18 анализ крови на ВИЧ – отр.

13.09.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

13.09.18 К- 3,73 Na – 1,08 С1 - 108

18.09.18 К – 3,38; Nа – 141.6

13.09.18 АЧТЧ – 51,5 МНО 1,61 ПТИ – 43,1 фибр – 5,1

19.09.18 вр. сверт. – 12 мин.; АЧТЧ – 36,5 сек МНО 1,29; ПТВ -17,2 ;ПТИ – 84,8% ТВ 17,8 сек ; фибр – 3,6 г/л .

14.09.18 Проба Реберга: креатинин крови-315 мкмоль/л; креатинин мочи- 8000 мкмоль/л; КФ-12,99 мл/мин; КР- 95,8 %

### 13.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-0-1 в п/зр белок – 0,73 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

14.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр -1500 белок – 0,568

17.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5000 эритр -500 белок – 0,28

14.09.18 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – 0,673

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.09 |  | 12,5 | 5,9 | 5,1 |  |
| 13.09 | 11,2 | 5,5 | 5,9 | 6,1 |  |
| 16.09 | 2,7 | 5,5 | 5,8 | 7,1 |  |
| 18.09 | 5,7 | 6,6 | 6,1 | 7,1 |  |

2016Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш ст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза, церебрастенический с-м.

14.09 18Окулист: VIS Негомогенные помутнения в хрусталиках ОИ. OS – артифакия, выраженная плёнчатая катаракта. Гл дно не офт-ся. ОД – ДЗН бледно розовый. Гр. четкие сосуды сужены, извиты, склерозированы, микроаневризмы, мягкие, твердые экссудаты, пролиферативные изменения. Гл. дно: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ВП OS. Незрелая катаракта ОД. Авитрия ОИ.

22.08.18 ЭКГ: ЧСС - 66уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.09.18 ЭХО КС: Склероз аорты, АК, МК, Гипертрофия базального отдела МЖП, гипокинезия с/3. Минимальная митральная и трикуспидальная регургитация. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации

31.08.18 Нефролог: ХБП Vст. Диабетическая нефропатия Vст. мелкие конкременты левой почки, Артериальная гипертензия Шст Очень высокий кардиовакулярный риск. .

20.09.18 хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.09.18 Дупл в/к: лимфостаз кистей предплечья с 2х сторон. Спастический тип крововтока по артериям предплечья ,выраженный справа

18.09.18 Совместный осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Нач. мед. Карпенко И.В. Зав. отд. Фещук. И.А. диагноз согласован.

12.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,1см3; лев. д. V = 3,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, физиотенс, бисопролол, азамекс, фенигидин, амлодипин, пиколапс,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, гипогликемии не беспокоят, больная обследована на диализную комиссию. АД 150/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-3-4 ед., п/о- 6ед., п/уж -3 ед., Левемир 22.00 12 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко: диета с ограничением белка до 0,6 г на 1 кг в сутки, ограничение продуктов богатых калием, направить больную на комисию по гемодиализу, препараты железа. Контроль ОАК, препараты эритропоэтина при сохраняющейся анемии, статины. Контроль электролитов, АД.
8. Конс невропатолога по м/ж.
9. Рек нефролога: диета с ограничением поваренной соли, белка, продуктов богатых пуринами и калием, избегать переохлаждения, тяжелого физического труда, контроль ОАК ,ОАМ, показателей азотемии 1р/мес, постоянная гипотензивная терапия: азамекс 5 мг, бисопролол 5 мг/сут, физиотенс 0,2 мг 2р/д, пациентку представить на диализную комиссию.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.