#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 720

##### Ф.И.О: Козина Любовь Ильинична

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье ул. Северокольцевая 6-21

Место работы: пенсионер инв II гр

Находилась на лечении с 23.05.18. по 05.06.18 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 5). ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Узловой зоб I ст, узел левой доли, эутиреоидное состояние. ДЭП 1, смешанного генеза, церебрастенчиеский с-м, вестибуло-атактический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Хр.пиелонефрит в ст.обострения. Варикозная болезнь н/к. ВРВ II ст. обеих н/к.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, сухость кожи, ухудшение зрения, гипогликемические состояния в ранние утренние часы и на фоне физических нагрузок, онемение, боли и снижение чувствительности в н/к, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., шум в голове, снижение слуха, периодически учащенное сердцебиение, боли и ограничение подвижности левом плечевом суставе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1966г в кетодотическом состоянии. Течение лабильное. В анамнезе частые гипогликемические состояния. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-4-6 ед., п/о- 4-6ед., п/у-3-4 ед., Лантус п/о 10-12 ед, Гликемия –4,0-15,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 09.20.16г. в ГБ№4. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Много лет страдает хр.панкреатитом, МКБ, хр.пиелонефритом. Периодически принимает панкреатин, креон, уроантисептики. ГБ около 20 лет, принимает бисопролол, лизиноприл не регулярно. С 2011гузловой зоб 1 ст, узел левой доли. Отмечает непереносимоть препаратов а-липоевой кислоты, никотиновой кислоты.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 23.05 | 135 | 4,1 | 5,3 | 20 | |  | | 1 | 2 | 58 | 38 | | 1 | | |
| 29.05 | 125 | 3,8 | 4,4 | 17 | |  | | 4 | 2 | 49 | 44 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.05 | 49 | 7,4 | 1,42 | 1,78 | 4,9 | | 3,1 | 3,8 | 91 | 12,2 | 3,0 | 2,8 | | 0,14 | 0,2 |

24.05.18 Амилаза – 65,6

24.05.18 СКФ-ЕPI-56 мл/мин/1.73м2.

25.05.18 ТТГ – 6,4 (0,3-4,0) Мме/мл

30.05.18 ТТГ -2,53 (0,27-4,2) мкМЕ/мл, Т4св 1,02(0,93-1,7) нг/дл (Синево)

24.05.18 К –4,53 ; Nа – 141 Са++ 1,12- С1 - 99 ммоль/л

25.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-102 мкмоль/л; креатинин мочи- 5610 мкмоль/л; КФ-44,65 мл/мин; КР- %

### 24.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – в п/зр белок – 0,044 ацетон –отр; эпит. пл. ум- ; эпит. перех. -ед в п/зр

04.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр – 250, белок – отр, бактер +

29.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -9000 эритр - белок – 0,041г/л

04.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – 0,028г/л

25.05.18 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.05.18 Микроальбуминурия –65,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.05 | 7,5 | 5,4 |  |  |  |
| 25.05 | 8,0 |  |  |  |  |
| 27.05 | 5,2 | 10,1 | 4,8 | 12,2 | 9,8 |
| 28.05 2.00-10,2 | 5,4 | 9,7 | 9,1 | 9,9 |  |
| 30.05 |  | 12,5 | 7,3 | 5,2 | 9,4 |
| 02.06 | 7,0 | 10,5 | 9,1 | 6,5 | 3,6 |
| 03.06 2.00-6,5 | 4,3 |  |  |  |  |

31.05.18 Невропатолог: ДЭП 1, смешанного генеза, церебрастенчиеский с-м, вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). Рек нейрокобал 1т 2р/д 1 мес, нейротропин 4,0 в/м актовегин 10,0 в/в, а-липовая кислота 600.

23.05.18ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

25.05.18Кардиолог: Для уточнения генеза АГ- УЗИ почек, ЭХО-КС. Р-но: амлодипин 5-10 мг, хипотел 40 мг.

04.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Варикозная болезнь н/к. ВРВ II стобеих н/к..

25.05.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена. Затруднение венозного оттока слева

01.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

23.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,5 см3; лев. д. V = 3,7см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. В левой доле изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,8\*0,54 см. с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Узел правой доли.

Лечение: Эпайдра, Лантус, бисопролол, актовегин, нуклео ЦМФ, нейробион, армадин, канефрон, креон, ципрофлоксацин.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированных значений, гипогликемические состояния ночью не отмечаются, уменьшились боли в н/к. Отмечается положит.динамика в анализах мочи по Нечиренко. АД 130/80-140/80 мм рт. ст. Пациентка ознакомлена с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну». Глик.гемоглобин 8,9%, показан перевод на генно-инженерные виды инсулина, от которого пациентка отказалась. Произведена коррекция доз Лантуса, Эпайдры.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное 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: Эпайдра п/з- 5-7ед., п/о- 4-6ед., п/уж – 3-5 ед., Лантус 12.00 10-12 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии после нормализации ан.мочи по Нечипоренко для уточнения степени диабетической нефропатии.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5 мг утром, бисопролол 2,5 вечером, кардиомагнил 75 1 т. вечер. Контр. АД. ЧСС.
8. ЭХО-КС, конс.кардиолога по м/ж.
9. Келтикан 1к 3р/д-1 мес, армадин лонг 300 1 т 1р/д-1 мес, актовегин 200 мг 1 т 2р/д-1 мес
10. Продолжить прием ципрофлоксацина 500 мг 1 т 2р/д- до 10 дней, нефрофит сбор 1 пакет 2-3 р/д-1 мес, контроль ан.мочи по Нечипоренко, контроль СОЭ в динамике под наблюдением семейного врача.
11. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Йодомарин 200 мг 1 т 1р/д- курсами по 3 мес (весна, осень), диета богатая йодом.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.