#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1337

##### Ф.И.О: Спахи Людмила Сергеевна

Год рождения: 1982

Место жительства: г. Запорожье ул.Украинская 33-141

Место работы: ООО «ДЦ «Медлайф био» , медсестра, инв II гр

Находился на лечении с 11.10.18 по  29.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Состояние после лазеркоагуляции ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия V ст, артериальная гипертензия. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Состояние после операции (2015): ампутационная культя II п. пр. стопы. Липоидный некробиоз обеих голени. Поверхностные экскориации в месте укуса неизвестным насекомым. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния в различное время суток, общую слабость, утомляемость, судороги н/к, зябкость стоп, снижение памяти повышение АД до 160/90 мм рт ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г ( с 11 лет) в кетоацидотической коме. С того же времени инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2007 в связи с гипогликемическими состояниями была переведена на аналоги: Лантус, Эпайдра . В 2017 в условиях эндокриндиспансера переведена на Тожео. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Неоднократно гипогликемические комы, последняя 2009, кетоацидотические состояния – 1998, 1999. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-4 ед., п/о-4 ед., п/у-2-3 ед., Тожео п/з 26 ед. Гликемия –2,8-11,9 ммоль/л. НвАIс – 5,4 % от 04.10.18 Последнее стац. лечение в 2017г. Диффузный зоб с 2015 АТТПО – 33 МЕ/мл (0-30) Диаб. нефропатия с 2005. Повышение АД с 2008, с того же времени повышение уровня азот. шлаков (на фоне беременности, родов). В 2005 – лазеркоагуляция сетчатки. С 1999 липоидный некробиоз обеих голеней. В 2000 перенесла остеомиелит IV-V п. левой стопы. В 2015 длительно незаживающая трофическая язва II п. пр. стопы ,. В 11. 2015 ампутация II п. пр стопы в х/о Харьковского эндокриндиспансера. Госпитализирована 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 | | |
| 12.10 | 123 | 3,7 | 4,7 | 24 | |  | | 1 | 1 | 69 | 27 | | 2 | | |
| 24.10 |  |  |  | 9 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.10 | 42,9 | 6,5 | 1,69 | 3,03 | 2,69 | | 1,1 | 13,6 | 172 | 8,2 | 2,1 | 6,4 | | 0,2 | 0,12 |
| 24.10 | 37 |  |  |  |  | |  | 8,9 | 155 |  |  | 5,5 | |  |  |

24.10.18 общий белок - 62

12.10.18 Анализ крови на RW- отр

12.10.18 К – 4,73 ; Nа –139 Са++ - 1,19С1 - 103 ммоль/л

### 12.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –0-01 в п/зр белок – 0,565 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

22.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000 эритр - белок – 0,277

22.10.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,919

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.10 | 7,8 | 7,5 |  | 4,7 | 5,3 |
| 13.10 2.00-2,6 | 5,1 |  |  |  |  |
| 19.10 | 10,5 | 9,8 | 5,3 | 6,8 | 2,5 |
| 22.10 | 4,9 |  |  |  |  |
| 23.10 | 8,0 | 6,7 | 4,3 | 8,6 | 2,9 |
| 24.10 2.00-3,8 | 2,7 |  |  |  |  |
| 25.10 | 7,0 | 9,4 | 8,0 | 8,7 | 8,2 |
| 28.10 | 7,1 | 8,3 | 3,3 | 4,9 | 5,7 |
| 29.10 2.00-6,9 |  |  |  |  |  |

2017 Невропатолог Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5).

12.10.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: артерии сужены, извиты ,вены неравномерного калибра, расширены, ед. микроаневризмы, микрогеморрагии, следы от ЛК. Д-з: осложненная катаракта ОИ. Состояние после ЛК. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.10.18 ЭКГ: ЧСС -82 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

16.10.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. САГ II ст .Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: хипотел 40 мг 1р/д ЭХО КС по м/ж.

17.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

25.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

25.10.18 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

17.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено. с обеих сторон Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена .

19.10.18 УЗИ: Заключение: Почки правая – 10,4\*4,3\*5,7см, левая – 10,0\*4,1\*4,8 см. Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; изгиб желчного пузыря в /3 тела, мелких конкрементов в правой почке.

11.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V = 4,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулом 0,31см. в левой доле . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Расширенный фолликул левой доли.

Лечение: Эпайдра, Тожео бисопролол, димедрол, амлодипин, рамиприл, весел –дуэф, тиогамма турбо, ноотропил ,мильгамма, вазилип.

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к, тахикардия. Сохраняются поверхностные экскориации в местах укусов неизвестным насекомым. АД 120/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 4-6ед., п/о- 4-6ед., п/уж -0-2 ед. ( при необходимости), Тожео п/з 24-26 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: бисопролол 5 мг, амлодипин 5-10 мг, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. вессел Дуэф 1т 2р/д. до 2 мес
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия.
12. Рек хирурга: обработка бетаином мест укуса.
13. Б/л серия. АДЛ № 177817 с 11.10.18 по 29.10.18 к труду 30.10.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.