#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1439

##### Ф.И.О: Сидельникова Оксана Владимировна

Год рождения: 1976

Место жительства: Васильевский р-н, ул. Каховская 46

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 18.10.17 по 27.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Узловой зоб 1 ст. узел правой доли, эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. тревожно-депрессивный с-м Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Варикозная болезнь н/к. ВРВ поверхностных вен голеней с двух сторон 1-2 ст. Бронхиальная астма средне тяжелое течение, хороший контроль. Хр. пиелонефрит в стадии обострения..

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в утренние и дневное время на фоне физ. нагрузок, до 2р/нед, купирует приемом сладкого, периодически сухость во рут, жажду, учащенный до 3-4 р за ночь диурез, выраженную сухость кожи, ухудшение зрения, боли в ногах при ходьбе, судороги, в н/к, онемение и снижение чувствительности рук и ног, похолодание в них, слабость, сонливость, периодически давящие боли в области сердца, усиливающие при физ. нагрузке, одышка при подъёме на 2 этаж . чередование поносов и запоров, боли в лучезапястных и локтевых суставах, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., боли в затылочной и лобных областях, ухудшение памяти, отеки рук и ног.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП.: глюкофаж, без видимого эффекта. С 2013 на инсулинотерапии: Генсулин Н 2р/д в связи с декомпенсацией и лабильным течением ( частыми гипогликемическими состояниями) в 2016 переведена на Актрапид НМ Протафан НМ. Тип СД был изменен на первый. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-8-10 ед., п/у-6-8 ед., Протафан НМ 18-20 ед. п/у 16-18 ед . Гликемия –2,8-15,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД около 3 лет принимает эналаприл 5 мг утром, каптопрес при кризах. В анамнезе хр. панкреатит, ДЖВП, Бронхиальная астма около 20 лет, контролируемая. С 2012 узловой зоб 1 ст. АТТГ – 20,1 МЕ/мл (0-100) АТТПО – 4,0 МЕ/л (0-30). С 2013 рекомендовано ТАПБ от которой пациентка неоднократно отказывалась. В 2014 выставлен диагноз субклинический гипотиреоз ТТГ – 4,8 (0,3-4,0) от 11.2014. L -тироксин не принимала. ТТГ не контролировала. Аппендэктомия – 1998, 1999 – резекция кисты яичника справа. 2009 – ожоги обеих н/к Ш ст. 2000- операция по поводу внематочной беременности справа. 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 |
| 19.10 | 140 | 4,2 | 3,2 | 8 | 0 | 1 | 55 | 43 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.10 | 108 | 7,69 | 1,73 | 1,6 | 5,29 | 3,8 | 4,7 | 71,5 | 14,8 | 3,2 | 3,3 | 0,28 | 0,1 |

19.10.17 Глик. гемоглобин – 6,6%

20.10.17 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

19.10.17 К –4,22 ; Nа – 133,2 Са++ - 1,1С1 - 106 ммоль/л

### 19.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –5-6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – на всё ; эпит. перех. - ум в п/зр уретр 1-2-3 слизь +, Бактрии – много.

23.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 6000 эритр -250 белок – отр

20.10.17 Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – отр

##### 24.10.17 Микроальбуминурия – 261,0мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.10 | 5,6 | 8,6 | 7,6 | 5,6 |
| 22.10 2.00-6,2 | 6,2 | 6,6 | 8,4 | 8,7 |
| 24.10 | 8,0 | 8,9 | 8,7 | 9,4 |
| 26.10 | 7,5 | 7,5 | 8,7 | 7,9 |

20.10.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. тревожно-депрессивный с-м . Рек: амитриптилин ½ т веч, а-липоевая кислота 600 мг в/в ка№ 10 ,келтикан 1т 3р/д 1 мес.

20.10 17Окулист: VIS OD=0,4 OS= 0,5

уплотнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. вены полнокровны, микроаневризмы, единичные геморрагии. Д-з: Осложненная катаракта, Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.10.17 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

25.10.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг, или нолипрел форте 1т . бисопролол 2,5-5 мг. Контроль АД, ЭКГ.

20.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь н/к. ВРВ поверхностных вен голеней 1-2 ст с обеих сторон. Рек веносмил 1т 2р/д2 мес. Компрессионный трикотаж

19.10.17 Пульмонолог: бронхиальная астма средне тяжелое течение, хороший контроль. рек: Зиртек 25/125 2к 2р/д , беродуал по требованию.

18.10.17 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

18.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7 см3; лев. д. V = 4,8 см3

Перешеек 0,29

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура Крупнозернистая с мелким фиброзом. В пр доле в /3гидфроильный узел 1,1\*0,63 см. с изоэхогенными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: эналаприл, фенигидин, индапрес, норфлоксацин, бисопролол, Протафан НМ, этсет, Актрапид НМ, диалипон, нейробион, милдрокор в/в, тиоцетам 10,0 в/в, эналаприл, фуромаг, нуклео ЦМФ в/м, амитриптилин, веносмил, физиолечение.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, сухость во рту, жажда не беспокоит. АД 130/80мм 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: Актрапид НМ п/з- 12-14ед., п/о- 14-16ед., п/уж -10-12 ед., Протафан НМ 22.00 14-16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет) 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами, веносмил 1т 2р/д 2 мес, ношение эластичного трикотажа.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, бисопролол (небивалол) 2,5 мг 1т веч. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 3р/д 1 мес, тиоцетам 1т 3р/д 1-2 мес. анириптилин 1/2т веч. нейробион 1т 3р/д 1 мес
9. продолжить прием фуромаг 1к 3р/д до 10 дней, норфлоксацин 1т 2р/д до 10 дней с послед. контролем ан. мочи по Нечипоренко по м/ж через 7 дней.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТАПБ. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В