#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1411

##### Ф.И.О: Лигостова Анжела Владимировна

Год рождения: 1989

Место жительства: Черниговский р-н, с. Просторное, ул. Озерная, 1, кв. 13

Место работы: инв.II гр.

Находился на лечении с 26.10.18 по  01.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия, авитрия с тампонадой силиконом OS. Осложненная катаракта ОД. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Железодефицитная анемия легкой степени Метаболическая кардиомиопатия СНI. САГ II ст. Липоидный некробиоз обеих голеней. Беременность Ш 10-11 нед. ОАГА: Рубец на матке после операции кесарево сечение (2010). ОСА.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния 2-3 раза в неделю в разное время суток, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за 6 мес., ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12 ед., п/о- 14 ед., п/у- 6 ед.,в 22.00 Левемир 20-22 ед. Гликемия – 2,5-5-14 ммоль/л. НвАIс - 11 % от 26.10.18. Последнее стац. лечение в 2015 г. Повышение АД в течение 7 лет. Постоянно принимает гипотензивную терапию, в течение последнего месяца допегид 1т 2р/д. Липоидный некробиоз в течение 15 лет. Прогрессирующее ухудшение зрения в течении 5 лет. В настоящее время беременность 9-10 нед. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, решения дальнейшей тактики ведения больной.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 29.10 | 111 | 4,34 | 6,6 | 36 | |  | | 2 | 0 | 59 | 36 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 29.10 | 90,6 | 4,94 | 1,69 | 1,85 | 2,31 | | 1,6 | 4,4 | 81,4 | 12,6 | 3,0 | 1,9 | | 0,13 | 0,11 |

29.10.18 К – 4,25; Nа – 136; Са++ - 1,10; С1 - 99 ммоль/л

### 30.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 эритр - 7-8 в п/зр ; лейк – 3-4 в п/зр; белок – 0,41 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. – ед, уретр. – 6-7 в п/зр.

30.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,43

29.10.18 Суточная глюкозурия – 1,48%; Суточная протеинурия – 1,82 г/сут.

26.10.18 кетоновые тела – следы

27,28,29.10.18 кетоновые тела- отр.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.10 |  | 18,7 | 2,8 | 11,8 | 14,1 |
| 27.10 | 5,1 | 4,1 | 6,6 | 5,8 |  |
| 28.10 2.00-13,7 | 9,0 | 7,2 | 12,1 | 8,1 |  |
| 29.10 | 5,3 | 9,9 | 5,1 | 7,3 |  |
| 30.10 | 11,4 | 13,3 | 4,9 | 8,0 |  |
| 31.10 | 6,0 | 6,9 | 10,5 | 4,9 |  |

29.10.18 Окулист: OD - в хрусталике помутнение, OS – артифакия, авитрия, в полости силикон ( с уплотнениями). Гл. дно: Сосуды сужены, извиты, следы от ЛК. Вены полнокровны. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия, авитрия с тампонадой силиконом OS. Осложненная катаракта ОИ.

29.10.18 ЭКГ: ЧСС – 100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия, желудочковая экстрасистолия, периодами по типу бигимении.. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

01.11.18 ЭКГ: ЧСС – 109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия,.. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

30.10.18 Гематолог: Железодефицитная анемия легкой степени

26.10.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I. САГ II ст

01.11.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Липоидный некробиоз обеих голеней.

01.11.18 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия. Анемия.

26.10.18 Гинеколог: Беременность III, 10 недель.

31.10.18 Эндокринолог ОПЦ : Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия, авитрия с тампонадой силиконом OS. Осложненная катаракта ОД. Железодефицитная анемия легкой степени Метаболическая кардиомиопатия СНI. САГ II ст. Рек: диета , стол № 9, самоконтроль, инсулинотерапия по схеме, контроль АД, гипотензивная терапия. Учитывая стаж основного заболевания ,степень выраженности осложнений, беременность противопоказана.

31.10.18 Врач КДО ОПЦ Полковникова: Беременность Ш 10-11 нед. ОАГА: Рубец на матке после операции кесарево сечение (2010) ОСА: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия, авитрия с тампонадой силиконом OS. Осложненная катаракта ОД. Железодефицитная анемия легкой степени Метаболическая кардиомиопатия СНI. САГ II ст.

30.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V = 5,5 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, эгилон, папаверин, нох-ша, валериана, магникум, валериана, допегид, атоксил, лютеина

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, АД 130/90 мм рт. ст. Осмотрена гинекологом КДО ОПЦ перинатального центра, рекомендована госпитализация в отделение экстрагенитальной патологии Обл. перинатального центра г. Запорожье (согласована на 02.11.18). В настоящее время пациентка в связи с семейными обстоятельствами настаивает на выписке из отделения, предупреждена о возможных осложнениях, имеется запись в истории болезни. Обязуется явиться на госпитализацию 02.11.18. С пациенткой проведена беседа о возможном риске со стороны матери и плода при вынашивании беременности, учитывая длительность основного заболевания, степень выраженности осложнений, имеется подпись в истории болезни

Рекомендовано:

1. Продолжить лечение в отделении экстрагенитальной патологии Обл. перинатального центра г. Запорожье.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гинеколога, кардиолога по м\жит.
3. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
5. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-12 ед., п/о 12-14 ед., п/уж -6-8 ед., Левемир 22.00 16-18 ед.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
7. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, суточное мониторирование ЭКГ, динамика АД, допегид 250 мг 1т 2р/д, эгилок 12,5-25 мг 2р/д, контроль АД, ЧСС
8. Повторный осмотр кардиолога с результатами дообследования.
9. Рек гинеколога ОПЦ: госпитализация в ОЭГП ОПЦ, согласно приказа № 726, 1284 департ. ЗОС
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ И АРА II
11. Рек гинеколога КУ ЗОКБ: нох-ша ректально 3р/д, магникум 1т 2р/д, валериана болгарская 1т 3р/д . лютеина 200 мг во влагалище перед сном, контроль прогестерона.
12. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
13. Пациентка сдала ан. крови на ТТГ, Т4св - в работе. Повторный осмотр эндокринолога с результатами.
14. Рек гематолога: дан совет по режиму и питанию, гинотердиферон 1т /д до конца беременности

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.