#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 272

##### Ф.И.О: Ржепянская Наталья Григорьевна

Год рождения: 1976

Место жительства: Пологовский р-н, г .Пологи ул. Украинская 16

Место работы: КУ «Пологовская гимназия «Основа» медсестра», инв II гр

Находился на лечении с 23 .02.18 по 09.03.18 в диаб. отд. (ОИТ 23.02.18-01.03.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложнённая катаракта ОИ. Авитрия OS. Состояние после ЛК ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Аутоиммунный тиреоидит с улообразованием, узлы левой доли, эутиреоидное состояние. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. ПМК 1 ст СН0. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст. смешанного генеза (дисметаболчиеская сосудистая), астеноневротчиеский с-м. ДДПП ШОП, протрузии С5-С6, вертеброгенная цервико-краниалгия в стадии нестойкой ремиссии. Хр. пиелонефрит в стадии обострения. Нарушение менструального цикла перименопаузального периода

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, выраженную общую слабость, учащенное сердцебиение, от 22.02.18 чувство тошноты, полиурию, снижение чувствительности судороги, рези при мочеиспускании, боли в поясничной области ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, приливы жара в теле на фоне нарушения менструального цикла( последняя менструация 26.10.2017), боли и скованность в мелких суставах кистей и стоп, отеки лица и конечностей утром, колющие боли в области сердца.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая - 1989. С начала заболевания инсулинотерапия. Получала различные виды инсулина, в последующем Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2014 в связи с декомпенсацией СД, частыми гипогликемическим и кетоацидотическими состояния переведена на Лантус , Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о-10-12 ед., п/у-10-12 ед., Лантус 21.30 18-22 ед Гликемия –4,0-27,0 ммоль/л. НвАIс – 7,1 % от 12.2017. Последнее стац. лечение в 03.2017г. Состояние ухудшилось 19.02.18 , связывает с вакцинацией (АДм). Госпитализирована в кеоацидотчиеском состоянии в ОИТ в обл. энд. диспансера.

Анамнез жизни: АИТ, узел левой доли с 2007( по мед.докуметации) – со слов с 1989. АТТПО – 572 МЕ/мл. ТАПБ от 2016 : умеренные диффузные имения. 2009 – ПРЛК. 2008- гемофтальм, витрэктомия OS. Секторальная резекция левой молочной железы. 1998 – кесарево сечение. 2007 – ЗЧМТ, травма позвоночника. 22.02.18 в ОАМ лейкоцитурия, начала принимать офлоксацин, канефрон

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 23.02 | 152 | 4,6 | 7,8 | 9 | 1 | 1 | 67 | 28 | 3 |
| 28.02 | 127 | 4,0 | 4,9 | 5 | 1 | 0 | 60 | 36 | 3 |
| 09.03 | 132 | 4,2 | 5,7 | 15 | 1 | 0 | 66 | 31 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 23.02 |  |  |  |  |  |  | 4,1 | 80 | 33,9 | 6,4 | 2,25 | 0,59 | 0,9 |
| 26.02 |  | 4,89 | 1,58 | 1,3 | 2,86 | 2,7 |  |  | 23,0 | 4,8 |  | 0,32 | 0,56 |
| 01.03 |  |  |  |  |  |  |  |  | 19,2 | 5,9 |  |  |  |
| 06.03 | 97,9 | 5,22 | 1,18 | 1,61 | 3,06 | 2,2 | 3,5 | 69 | 12,0 | 2,9 | 2,1 | 0,36 | 0,15 |

23.02.18 Амилаза – 71,1.

26.02.18 Глик. гемоглобин 8,0 %

23.02.18 Анализ крови на RW- отр

02.03.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

09.03.18 ТТГ - (0,3-4,0)Ме/мл

23.02.18 Гемогл –152 ; гематокр – 0,44 ; общ. белок –81 г/л; К –3,32 ; Nа –140 ммоль/л

23.02.18 АЧТЧ 28 МНО 0,96 ПТИ 104 фибр 2,9

25.02.18 Проба Реберга: креатинин крови-79,3 мкмоль/л; креатинин мочи- 6710 мкмоль/л; КФ-234 мл/мин; КР-98,8 %

26.02.18 Бак посев мочи – роста нет

### 23.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -3-4 ; эпит. перех. -ед в п/зр

### 23.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

24.02.18 ацетон 1+

27.02.18 ацетон 2+

С 28.02.18 ацетон отр

24.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -18500 эритр - 250 белок – отр

26.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - 250 белок – отр

06.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - 250 белок – отр

.02.18 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – отр

##### 05.03.18 Микроальбуминурия –10,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.02 |  |  | 5,8 | 7,8 | 4,9 |
| 25.02 | 16,1 | 8,3 | 7,1 | 7,6 | 6,8 |
| 28.02 2.00-9,7 | 12,6 | 7,3 | 3,5 | 5,9 |  |
| 02.03 2.00-13,3 | 8,2 | 3,9 | 8,1 | 2,9 | 12,2 |
| 03.03 | 8,5 | 7,0 | 5,4 | 7,9 | 9,8 |
| 05.03 2.00-11,3 | 7,2 | 4,5 | 5,5 | 4,9 | 9,1 |
| 07.03 2.00-11,0 | 8,1 | 7,2 | 10,6 | 5,6 | 8,6 |
| 08.03 2.00-6,8 | 5,9 | 4,7 | 5,5 | 8,6 | 8,7 |

27.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДЭП 1 ст. смешанного генеза, астеноневротчиеский с-м. ДДПП ШОП, протрузии С5-С6, вертеброгенная цервико-краниалгия в стадии нестойкой ремиссии. Рек а-липроевая ксилота 600

23.02.18 Окулист: Уплотнения в хрусталиках ОИ. OS – авитрия. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. слева от диска тянется пролиф. тяж, неоваскуляризация, микроаневризмы, дистрофические изменения (постгеморрагические). В макуле рефлекс сглажен, множественные ЛК по всему заднему полюсу с отложением пигмента. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия, осложнённая катаракта ОИ. Авитрия OS. Состояние после ЛК ОИ

23.02.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

27.02.18Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. ПМК 1 ст СН0.

Рек. кардиолога: небивалол 1,25-2,5 , индапамид 2,5. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

27.02.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Полиартрит обеих кистей, обострение.

27.02.18Гинеколог: Нарушение менструального цикла перименопаузального периода: рек: фемостон 1/10 по 1т веч перед сном, нормовен 1т 2р/д после еды 2 мес + 4 перерыв. Осмотр через 3 мес .

05.03.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II ст 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 незначительно нарушена.

01.03.18 УЗИ ОМТ: Патологических изменений не обнаружена. Перименопауза.

01.03.18 УЗИ МЖ: Эхопризнаки диффузных дисгормональных доброкачественных изменений с карманообразным расширением единичных млечных протоков. (диффузная дисгормональная гиперплазия) эхопризнаки протоковой кисты левой МЖ

26.02.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме почек, МКБ мелкого конкремента левой почки, микролитов в обеих почках.

09.03.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,5 см3; лев. д. V = 6,5 см3

Перешеек –0,55 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз. В левой доли в н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,39\*1,24 см. с плотными пристеночными включениями. Рядом кольцевиный кальцинат 0,56 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умернные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли

26.02.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

Лечение: байкалис, солерон, лирика, кораксан, энап, Лантус, фемостон, Эпайдра, небивал, келтикан, энтерожермина форте, нефрофит, цефтриаксон, персен, небивал, укрлив, сагенит, абъюфен, берлитион, ККБ, канефрон, офлоксацин, аспаркам, валериана, фуросемид, стерофундин, дарроу, эмсеф, каптоприл, адаптол, лесфаль, линекс, офлоксацин, пробиз, тималин, индап,

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах целевого уровня, жажда, полиурия не беспокоит, сохраняется сухость во рту, которую пациентка связывает с приемом огрании (лирики), явлений кетоацидоза нет, гипогликемии не отмечает, АД 110/70 мм рт ст, улучшился эмоциональный фон, в связи с частыми приливами, не эфективностью абъюфена и сагенита назначена ЗГТ фемостоном.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-7-9 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -7-9 ед., при необходимости 22.00 2-3 ед. Лантус 22.00 25-26 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: смарт-омега 1к 3р/д. контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 1,25-2,5 мг веч, небивал 1,25-2,5мг утром под контролем АД, ЧСС.
8. Соблюдение рекомендаций гинеколога (см. выше).
9. Конс ревматолога в плановом порядке.
10. Нефрофит збор 1п 2-3р/д, 1 мес . контроль ОАМ в динамике, УЗИ почек 1р в 6-12 мес.
11. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 3р\д 1-2 мес, затем вессел дуэ-ф по 1-2 к 2р/д под контролем коагулограммы 2-3 мес
12. продолжить прием байкалиса, солерона, лирики по указанной схеме.
13. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
14. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
15. Б/л серия. АДГ № 671857 с 23.02.18 по 09.03.18. к труду 10.03.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.