#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1282

##### Ф.И.О: Чернявская Оксана Юрьевна

Год рождения: 1977

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка ул. Свердлова 35

Место работы: Главное управление государственной фискальной службы, зам. начальника

Находился на лечении с 03.10.18 по  12.10.18 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. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ш ст. Стеноз поверхностно-бедренной артерии справа. Ожирение I ст. (ИМТ 31,2кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Варикозная болезнь н/к. ХВН 1- II ст. ОРВИ.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ночное время до 2х раз в неделю и дневное время на фоне физ нагрузок, ухудшение зрения ,памяти, пекущие боли в стопах, похолодание в стопах, боли при ходьбе до 500 м, судороги в икроножных мышцах, онемение и снижение чувствительности в пальцах ног, общая слабость, быстрая утомляемость, периодически сухость во рту. повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки в/к и н/к к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. в кетоацидотическом состоянии ( отмечалась потеря массы тела на 30 кг за 1 год). С начала заболевания на инсулинотерапия Актрапид НМ, Протофан НМ. 4р/сут. В связи с избыточной массой тела по рекомендации эндокринолога начала прием метформина, диаформин SR 1000 мг 1т 2р/д. Течение заболевания лабильное, комы отрицает в анамнезе частые гипогликемические состояния. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-6 ед., п/о- 6ед., п/у-6 ед., диаформин SR 1000 1т 2р/д . Протафан НМ 22.00 – 18 ед. Гликемия –3,4-13,2 ммоль/л. НвАIс -4,94% 28.03.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел 2,5 мг утром. гипомоторная дискинезия ЖВП, неалкогольная жировая болезнь печени с 2013. С 2013 АИТ, без увеличения объема щит железы. АТТО ( 2013) – 313, ТТГ – 4,0, Т4св - 13,9

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 04.10 | 152 | 4,6 | 4,8 | 9 | |  | | 1 | 1 | 66 | 29 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.10 | 90,5 | 5,06 | 0,97 | 1,8 | 2,8 | | 1,8 | 4,0 | 85 | 18,3 | 4,6 | 6,1 | | 0,12 | 0,31 |

05.10.18 Глик. гемоглобин – 6,4%

03.10.18; ТТГ – 2,35 (0,3-4,0) Мме/мл

05.10.18 С-пептид – 0,1 (1,1-4,4) нг/мл

04.10.18 К –5,06 ; Nа – 133 Са++ -1,23 С1 -107 ммоль/л

### 05.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

05.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – отр

08.10.18 Суточная глюкозурия – 1,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 11.10.18 Микроальбуминурия –95,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.10 | 9,7 | 8,0 | 3,2 | 4,3 | 3,2 |
| 07.10 | 6,2 | 6,3 | 10,3 | 8,1 | 8,2 |
| 08.10 | 9,2 |  |  |  |  |
| 10.10 | 4,5 | 6,7 | 8,1 | 6,4 |  |
| 11.11 | 4,9 | 8,7 | 10,7 | 10,9 |  |

09.10.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ;.

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены, вены сужены ,уплотнены, полнокровны, сосуды умеренно извиты.. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

08.10.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Рек: ЭХОКС, глазное дно, нолипрел 1т утром.

03.10.18 УЗИ вен н/к: Эхопризнаки эктазии подкожных вен правой голени

09.10.19 УЗИ молочных желез: эхопризнаки фиброзной мастопатии

04.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ш ст. Стеноз поверхностно-бедренной артерии справа Варикозная болезнь н/к. ХВН 1- II ст. . Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно. ДДТ ПОП № 10, массаж ПОП № 10, д’арсанваль голеней № 10, нормовен 1т 2р/д 3 мес гепарил гель 2р/д 3 мес, серрата 2т 3р/д 1-3 мес.

08.10.18Гинеколог: Эрозия шейки матки : УЗИ молочных желез, повторный осмотр с результатами мазков.

11.10.18 гинеколог: по данным УЗИ фиброзная мастопатия, по результатам мазков – вагинит. Рек: оргил 1т 2р/д 5 дней, неотризол вагинальные таблетки № 8, затем лактоваг свечи № 5, маммоклин 2т 2р/д 3 мес, серрата 1т 3р/д за 10 дней до mensis, контроль мазков после лечение, УЗИ молочных желез через 3 мес..

03.10.18Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: стеноза ПБА справ 27-30%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.10.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст .

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

10.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0 см3; лев. д. V =7,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протофан НМ, диаформин, нолипрел, асафен, неогабин, эспа-липон, нейротропин, келтикан, нефрофит.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гипогликемические состояния не отмечаются гликемия в пределах субкомпенсированых значений на фоне ОРВИ, несколько меньше боли и онемение в н/к. АД 120-130/80 мм рт. ст. В связи с частыми гипогликемическими состояниями в различное время суток «средняя» степень тяжести изменена на «тяжелую, лабильное течение».

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: Актрапид НМ п/з- 2-3ед., п/уж -2-3 ед., Протофан НМ п/з 16-18 ед, п/у 10-12 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Соблюдение рекомендаций ангиохируга ( см выше)
8. Гипотензивная терапия: нолипрел 1т 1р/д, лоспирин 75 мг 1т на ночь. Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., неогабин 75 мг 1т 2р/д 1 мес. келтикан 1т 3р/д 1 мес.
10. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
11. Обращение к семейному врачу по поводу ОРВИ 12.10.18.
12. Б/л серия. АДЛ № 177774 с 03.10.18 по 12.10.18 к труду 13.10.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.