#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1430

##### Ф.И.О: Иванова Виктория Андреевна

Год рождения: 1990

Место жительства: Токмакский р-н, Молочанск, Щорса 47

Место работы: н/р

Находился на лечении с 04.11.13 по 20.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Осложненная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. вторичный лифостаз правой н/к. Хроническая лимфовенозная недостаточность в стадии субкомпенсации. СПО (экзартикуляция V пальца, V плюсневой кости правой стопы). Метаболическая кардиомиопатия СН I. САГ Ш ст Гипертензивное сердце. Бактериально-дрожжевой вагиноз.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ночное время под утро, общая слабость.

Краткий анамнез: СД тип1, выявлен в 1999г. Постоянная инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 16ед., п/о- 8ед., п/у-4 ед., Протафан НМ 22.00 – 23 ед. Течение заболевания лабильное. Частые гипогликемические состяония. Кетоацидотическая кома в 2009. Гипогликемическая кома- 2011, 07.02.2013, 21.10.13, 22.10.13, 27.10.13. Повышение АД более 12 лет. С 16.10.12 по 23.11.12 стац лечение в ЦРБ по м/ж: инфицированная рана, флегмона правой стопы. С 21.12.12 по 26.12.12 хирург. отд: хронический остеомиелит V межфалангового сустава правой стопы. 31.07.13 – ампутация V пальца, экзартикуляция V плюсневой кости правой стопы. С 02.10.13 по 07.10.13 – стац леченеи в эндокриндиспансере в связи с беременностью I, 11 нед. Замершая. Переведена 07.10.13 в гинекологическое отд. ЗОКБ. Произведена вакуумаспирация полости матки по поводу замершей беременности. После оперативного вмешательства у больной гипогликемическая кома в течении 2х суток, находилась в ОИТ ЗОКБ. Для подбора инсулинотерапии госпитализирована повторно в эндокриндиспансер. Выписана 19.10.13. Амбулаторно у больной участились гипогликемические состояния 21.10.13, 22.10.13, 27.10.13. Гипогликемические комы, вызывались бригады СМП. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

05.11.13Общ. ан. крови Нв – 107 г/л эритр – 3,2 лейк – 4,6 СОЭ –46 мм/час

э-0 % п- 0% с- 58% л- 32 % м- 10%

11.11.13Общ. ан. крови Нв – 98 г/л эритр – 3,2 лейк – 4,2 СОЭ –45 мм/час

э-1 % п- 1% с- 50% л- 46 % м- 2%

20.11.13 Общ. ан. крови Нв – 113 г/л эритр – 3,6лейк – 5,0 СОЭ –31 мм/час

э-2 % п- 1% с- 64% л- 26 % м- 7%

05.11.13Биохимия: СКФ –45,6 мл./мин., хол –3,3 тригл -1,99 ХСЛПВП – 1,68ХСЛПНП -0,71 Катер -0,96 мочевина –9,9 креатинин –155 бил общ –9,8 бил пр –1,9 тим –5,1 АСТ – 0,37 АЛТ –0,42 ммоль/л;

18.11.13 СКФ – 66,06, мочевина – 7,3 креатинин -106

05.11.13Глик. гемоглобин – 10,2%

05.11.13Анализ крови на RW- отр

05.11.13Гемогл – 120 ; гематокр – 0,38 ; общ. белок – 74,5 г/л; К – 3,6 ; Nа –139 ммоль/л

18.11.13 к- 3,6 ммоль/л

05.11.13Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ –96 %; фибр – 6,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 0

15.11.13 фибр -5,3

08.11.13Проба Реберга: Д- 1,5л, d-1,04 мл/мин., S-1,52 кв.м, креатинин крови-114 мкмоль/л; креатинин мочи-4550 мкмоль/л; КФ-47,2 мл/мин; КР- 97,8 %

### 05.11.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 3-5 в п/зр белок – 0,77 ацетон –отр; эпит. пл. – много ; эпит. перех. -ед в п/зр

08.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,312

07.11.13Суточная глюкозурия –1,96 %; Суточная протеинурия – 0,984

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 11.00 | 13.00 | 17.00 | 20.00 | 21.00 | 23.00 |
| 04.11 | 5,3 |  |  |  |  |  |  |
| 05.11 | 11,8 |  | 5,3 | 2,6 |  | 14,0 |  |
| 07.11 | 5,2 |  | 3,7 | 12,6 |  | 17,9 |  |
| 09.11 | 6,3 |  | 9,6 | 4,3 |  | 5,8 |  |
| 11.11 | 4,5 |  | 5,4 | 6,3 |  | 5,1 |  |
| 12.11 | 2,2 8.30- 4,0 | 8,8 | 12,3 | 11,5 | 19.30-2,8 20.15-3,1 | 6,0 | 11,0 |
| 13.11 2.00-8,8 | 8,7 |  | 13,4 | 14,3 |  | 17,8 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15.11 | 5,7 |  | 3,2 | 16,4 |  | 8,6 | 16,8 |
| 16.11 2.00-23,5 | 19,9 | 4,4 | 8,0 | 15,3 | 19.00-5,6 | 4,0 | 7,2 |
| 17.11 2.00-15,3 | 10,9 | 5,6 | 8,5 | 12,0 |  | 4,5 |  |
| 18.11 2.00-12,0 | 6,7 | 4,6 | 6,0 | 4,9 | 19.00-2,9 | 4,4 |  |
| 19.11 2.00-18,0 | 9,7 | 4,6 | 9,1 | 4,7 |  | 10,0 | 9,4 |
| 20.11 2.00-12,7 | 6,5 | 5,8 | 9,1 | 11,5 |  | 5,3 |  |
| 22.11 |  |  |  |  |  |  |  |

С 08.11.13 по 12.11.13 больной проведено суточное мониторирование глюкозы системой iPro-2. Закл: отмечается склонность к гипогликемическим состояниям ч/3 3-4 часа после введение инсулина короткого действия и приема пищи. В ночное время отмечается склонность к гипогликемии. Зафиксирована гипогликемическая кома 12.11.13 с 5.00 до 6.30 (гликемия 2,2 ммол/л).

Окулист: осмотр в ОИТ

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Осложненная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж умеренно. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. САГ Ш ст. Гипертензивное сердце.

ЭХО КС: КДР- 4,34см; КДО- 85,03мл; КСР- 2,80см; КСО- 29,62мл; УО-55,41 мл; МОК-6,2 л/мин.; ФВ-65,16 %; просвет корня аорты -2,74 см; По ЭХО КС: Без особенностей.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. вторичный лифостаз правой н/к. Хроническая лимфовенозная недостаточность в стадии субкомпенсации.

Гинеколог: Бактериально-дрожжевой вагиноз.

РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов справа – повышен, слева –N. Затруднение венозного оттока справа.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, эналаприл, лайф, бисоролол, дибазол, папаверин, гепарин, фенигидин глюкоза 40%.

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен на Левемир, Новорапид. СД компенсирован. Больная не всегда соблюдает режим питания и диету. Прием пищи когда хочет, сколько хочет что хочет. В результате чего – отмечались затруднения в подборе инсулинотерапии, о чем имеются записи в истории болезни. АД 130/80 мм рт. ст. пульс 88-96 уд/мин.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-6-8 ед., п/о-8-10 ед., п/у-6-10 ед., при дополнительном приеме пищи в вчерне время( перекусе) -2-4 ед. Левемир 22.00 22 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Рек. кардиолога: небилет(небивалол) 2,5 мг\*1р/сут, или бисопролол 2,5 мг 1р/сут. Контроль АД, ЭКГ
3. Эналаприл 5 мг 2р/д.
4. Рек. сосудистого хирурга: амбулаторно в плановом порядке весел дуэф 2,0 в/м № 10, затем по 1кап 2р/д -50 дней, ДДТ на н/к, циклотрифорт 1-2 к в день, серата 2т\*3р/д 3 мес.
5. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
6. Рек. гинеколога: фуцис 50 мг 1т 1р/д – 5 дней, свечи милалин p/v 3 дня, после биоселок – 10 дней.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Гл.врач Черникова В.В.