#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 584

##### Ф.И.О: Герасимова Светлана Геннадиевна

Год рождения: 1983

Место жительства: г. Запорожье, ул Куйбышева 468/72

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 05 .05.14 по 07.05.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, субклиническое течение. Дисметаболическая энцефалопатия. Диффузный зоб IIст. Эутиреоидное состояние. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 5 кг за 3 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния и ацетонурия. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Непродолжительное время принимала Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, была отмечена их непереносимость, в связи с чем в усл. эндокриндиспансера была переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2008 Протафан НМ был заменен на Левемир. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 5-7ед., п/о-5-4 ед., п/у- 7-9ед., 22.00 Левемир – 8 ед. Гликемия –7,8-8,0 ммоль/л. НвАIс – 9,0 % от 03.2013 ( со слов). Последнее стац. лечение в 2008г. Диф. зоб 1ст с 2004. АТТГ – 17,6(0-100) МЕ/л; АТТПО – 6,3. (0-30) МЕ/мл. В 2008 ТТГ – 0,8 МЕ/л (0,32-5,2). Находилась в ОПНД где выявлена ацетонурия и гипергликемия, что связано с изменением вида и режима инсулинотерпии. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

06.05.14 Общ. ан. крови Нв – 131 г/л эритр –3,9 лейк – 8,9 СОЭ –23 мм/час

э- 1% п-2 % с- 62% л- 31 % м-4 %

06.05.14 Биохимия: СКФ –60,3 мл./мин., хол –3,30 тригл – 1,67ХСЛПВП – 1,27ХСЛПНП -1,27 Катер – 1,6мочевина –2,5 креатинин –118 бил общ –13,2 бил пр – 3,3 тим –1,1 АСТ – 0,58 АЛТ –0,36 ммоль/л;

06.05.14 Амилаза – 29,6 (0-90) Ед/л

05.05.14 Гемогл – 137; гематокр – 0,45 ; общ. белок – 70 г/л; К – 3,9 ; Nа – 140 ммоль/л

05.05.14 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 84 %; фибр – 44 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 85%; св. гепарин – 10\*10-4

06.05.14 К – 3,9 ммоль/л

07.05.14 К – 4,1 ммоль\л

### 05.05.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –0-1 в п/зр белок – 0,031 ацетон –1+; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

06.05-07.05.14 ацетон 2++

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 |
| 05.05 |  |  | 6,4 | 7,5 |
| 06.05 | 12,5 | 7,1 | 7,9 | 9,1 |
| 07.05 | 17,6 | 5,9 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, субклиническое течение. Дисметаболическая энцефалопатия на фоне кетоацидоза

06.05.Окулист: осмотр в ОИТ

Плавающие помутнение в стекловидном теле ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

05.06ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Единичная желудочковая экстрасистолия.

Лечение: Актрапид НМ, Левемир, тиоктацид, ККБ, энтеросгель

Состояние больного при выписке: СД декомпенсирован, сохраняется ацетонурия, но больная по семейным обстоятельствам настаивает на выписке, несмотря на проводимую беседу, о чем имеется запись в истории болезни. АД 110/70-130/80 мм рт. ст. При беседе с больной выяснилось, что инсулин вводила инсулиновыми шприцами на 40 инс. ед. Отмечает ,что ручки Новопен для введения Актрапида НМ у нее сломалась. Проведен инструктаж по пользованию шприцами и ручками. По поводу исправности шприц ручки обратиться к райэндокринологу. Пациентка недообследована ввиду краткости пребывания в стационаре. Со слов имеет дома результаты ТТГ, глик гемоглобина, УЗИ щит железы.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-7-9 ед., п/о-2-5 ед., п/уж -5-8 ед., Левемир 22.00 16-18 ед. Дозу Левемира рекомендовано откорректировать совместно с рай эндокринологом под контролем гликемии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап № 10., затем в таблетках, актовегин 10,0 в/в № 10, луцетам 15,0 в/в стр № 10, глицин 2т 3/д.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. 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.
12. УЗИ щит железы, контр ТТГ 1р\год.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.