#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 183

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

Год рождения: 1990

Место жительства: Токмакский р–н, г. Молочанск, ул. Щорса 62/1

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 07.02.14 по 14.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. диабетическая энцефалопатия II. Эмоционально–волевые расстройства. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.. Диаб. ангиопатия артерий н/к. вторичный лифостаз правой н/к. Хроническая лимфовенозная недостаточность в стадии субкомпенсации, (экзартикуляция V пальца, V плюсневой кости правой стопы). Хронический эрозивный гастродуоденит с болевым и диспептическим с-мом. Хронический холецистит, стадия нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 2-3 кг за нед, повышение АД макс. до 185/100 мм рт.ст., головные боли, ежедневно в различное время суток гипогликемические состояния, тошнота, рвота.

Краткий анамнез: СД тип1, выявлен в 1999г. Постоянная инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ, Новорапид, Левемир). Течение заболевания лабильное. Частые гипогликемические состояния. 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. Повторно госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, где была переведена комиссионо на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у-8 ед., Левемир 22.00 – 22 ед. однако отмечает частые гипогликемические состояния в любое время суток. Ухудшение состояния с 02.02.14 когда появилась тошнота рвота. 03.02.14 доставлена в ОИТ Токмакской ЦРБ. (06.02.14) ФГДЭС: фиброзно-эрозивный эзофагит САст А. эртоматозная гастродуоденопатия II ст., дуоденогастральный рефлюкс. 07.02. переведена в эндокриндиспансер для подбора инсулинотерапии и лечения осложнений сахарного диабета..

Данные лабораторных исследований.

07.02.14 Общ. ан. крови Нв –143 г/л эритр – 4,5 лейк – 5,5СОЭ –8 мм/час

э-2 % п-4 % с- 72% л-20 % м-2 %

10.02.14 Общ. ан. крови Нв –131 г/л эритр – 4,0 лейк – 5,6СОЭ –6 мм/час

э-0 % п-5 % с- 54% л-37 % м-4 %

12.02.14 Общ. ан. крови Нв –128 г/л эритр – 4,0 лейк – 5,7СОЭ –12 мм/час

э-0 % п-0 % с- 69% л-27 % м-3 %

08.02. бил общ – 10,2 бил пр-2,0 тим -1,7 АСТ-0,4 АЛТ -0,14

08.02.14 Амилаза – 12,3

07.02.14 Гемогл – 130 ; гематокр – 0,45 ; общ. белок – 62,0 г/л; К – 3,8 ; Nа –137,0 ммоль/л

10.02.14 Гемогл – 131 ; гематокр – 0,45 ; общ. белок 56,0 г/л; К – 4,6 ; Nа –137,0 ммоль/л

11.02 мочевина 3,9 креатинин – 91,2 бил общ – 56 К – 4,3 Na -136 ммоль/л

13.02 К – 5,1 ммоль/л

07.02.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 92,4 %; фибр – 4,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 4\*10-4

12.02. фибр – 3,8 г/л.

12.02.14 Проба Реберга: Д-1,4 л, d-0,97 мл/мин., S-1,5 кв.м, креатинин крови-1,5 мкмоль/л; креатинин мочи- 5005мкмоль/л; КФ-61,3 мл/мин; КР- 98,4 %

### 07.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 0-2 в п/зр белок – 0,75 ацетон –2++; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 11.02.14 ацтон – отр.

### 10.02.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,345ацетон –; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. - в п/зр

### 13.02.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 5-8 в п/зр белок – 0,483 ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. – ед в п/зр

08.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк –эритр –на все п\з белок –

12.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -114000 белок – 0,348

13.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр -250 белок – 0,483

12.02.14 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – 0,639 г/сут

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 11.00 | 13.00 | 16.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 | 24.00 |
| 07.02 | 13,2 |  | 20,9 |  | 4,6 | 7,2 | 7,6 |  |
| 08.02 | 16,8 | 5,5 | 2,9 |  | 15,6 | 4,2 | 6,1 |  |
| 09.02 | 11,4 | 4,8 | 3,7 | 12,5 |  | 7,6 |  | 2,6 |
| 10.02 | 11,5 | 8,8 | 8,8 |  | 6,5 | 4,3 | 7,1 |  |
| 11.02 2.00-10,5 | 7,7 |  | 9,1 |  | 9,8 | 4,5 | 4,0 |  |
| 12.02 1.00-6,0 | 9,6 | 6,6 | 7,9 |  | 4,0 | 6,7 | 9,1 |  |
| 13.02 | 12,2 |  | 12,2 |  | 8,3 | 3,5 |  |  |
| 14.02 | 10,5 | 8,5 |  |  |  |  |  |  |

12,02Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. диабетическая энцефалопатия II. Эмоционально –волевые расстройства.

07.02Окулист: Осмотр в ОИТ

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Паравазальный отек сетчатки ОИ. Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.02ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

13.02Гастроэнтеролог: Хронический эрозивный гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м. Хронический холецистит стадия нестойкой ремиссии.

Гинеколог: Пр здорова

07.02.14 Р-графия ОГК: легкие без инфильтратов корни малоструктурны, сердце б\о.

10.02.14УЗИ почек Косвенные признаки левостороннего хр. пиелонефрита. Нельзя искулючить наличие микролитов в почках.

13.02УЗИ ОБП: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; застоя в ж/пузыре, на фоне которого нельзя исключить наличие мелких конкрементов. Обращает внимание наличия взвешенного содержимого в желудке натощак.

Лечение: Актрапид НМ, альмагель, энетеросгель, рантак, нейрорубин, метаклопрамид, ККБ, актовегин, берлитион, фенигидин, гепарин, добезилат кальция, пирацетам, эналаприл, цефтазидим, маалокс, вис-нол, эзолонг, Левемир, Новорапид, бисопролол, фармацитрон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гликемия остается неустойчивой, больная настаивает на выписке из отделения. Проведена беседа, предупреждена о последствиях и возможных осложнениях. Изменена схема введения исулина (Левемир в 8.00). АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Левемир 8.00 - 16-20 ед., Новорапид п/з 4-6 ед. п/о 2-4 ед, п/у 2-3 (при необходимости)

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 5 мг 2р/д, бисопролол 5мг в обед. Контр. АД. ЧСС
4. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
5. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., добезилат кальция 1т 3р/д.

Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, эзолонг 40 мг 1т 2р/д за 1 час до еды, вис-нол 2к 2р\д за 30 мин до еды 2 нед, маалокс 1 дес. л. \*3р/д. ч/з 1ч. после еды, контроль ФГДС с уреазным тестом после лечения.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.