#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 933

##### Ф.И.О: Пилипенко Светлана Петровна

Год рождения: 1969

Место жительства: Г-Польский р-н, с. Воздвиженка, ул. 50 лет Октября 1

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 04.08.15 по 13.08.15 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к сенсорная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза. Ишемический инсульт (10.05.15) в левой височной доле, частичная сенсомоторная афазия, когнитивное расстройство средней степени. Последствия перенесенной спинальной травмы (1987), сгибательная контрактура пальцев стоп, амиотрофический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, впервые выявленный.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, онемение ног, общую слабость, быструю затруднение дыхания

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное. 06.2006 кетоацидотическое состояние. Частые гипогликемические состояния, в течении последних 2 лет вплоть до комы ( даты указать не может). С начала заболевания инсулинотерапия (Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р). С 2008 Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-10-12 ед., п/о- 10-12ед., п/у-4-8 ед., Фармасулин НNР 22.00 – 10 ед. Гликемия –2,0-26,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2003г. Аутоиммунный тиреоидит с 05.2015 ТТГ – 53,79(0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО >1000 (0-30) МЕ/мл. L-тироксин не получала, контроль ТТГ в динамике не проводился. В 05-06.2015 находилась в неврологическом отделении ОКБ после перенесенного ишемического инсульта после гипогликемической комы. С 25.07.15-04.08.15 находилась в ОПНД в связи с когнитивными расстройствами в следствии энцефалопатии после перенесенного инсульта и гипогликемических состояний. В связи с неустойчивой гликемией, ацетонурией переведена в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД, госпитализирована в ОИТ в виду тяжести состояния.

Данные лабораторных исследований.

04.08.15 Общ. ан. крови Нв – 120 г/л эритр – 3,6 лейк –4,5 СОЭ –18 мм/час

э- 2% п- 1% с- 73% л- 29% м- 4%

04.08.15 Биохимия: хол – 3,3 мочевина –5,0 креатинин – 25,6 бил общ –19,0 бил пр –4,3 тим –4,9 АСТ – 0,46 АЛТ – 0,67 ммоль/л;

04.03.15 Амилаза 13,1 (0-95 ) ед\л

07.80.15 ТТГ – 27,5 (0,3-4,0) Мме/л

04.08.15 Гемогл – 120 ; гематокр – 0,38; общ. белок –61 г/л; К – 4,8 ; Nа –137 ммоль/л

06.08.16 К – 3,8 ммоль/л

04.08.15 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ –85 %; фибр –4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6\*10-4

07.08.15 Проба Реберга: Д- 2,7л, d-1,87 мл/мин., S- 1,67кв.м, креатинин крови-84 мкмоль/л; креатинин мочи- 3905 мкмоль/л; КФ- 90,0мл/мин; КР97,9 %

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

09.08.15 кал на я/г - отр

С 06.08.15 ацетон – отр

05.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - белок – отр

0705.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр -250 белок – отр

07.08.15 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – 0,042

08.06.15 Анализ очи по Зимницким: Дн. д. 0,67л; ночн. д. – 0,42л;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во молчи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1008 | 0,7 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1002 | 0,150 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1004 | 0,25 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1003 | 0,2 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1005 | 0,09 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1002 | 0,2 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1011 | 0,08 |
| 8 | 3.00-6.00 | - | - |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.08 |  | 153,0 | 4,7 | 7,7 | 8,5 |
| 06.08 | 4,5 | 6,4 | 5,2 | 4,2 |  |
| 08.08 | 6,1 | 6,7 | 5,1 | 5,2 |  |
| 10.09 | 11,0 | 6,0 | 3,5 | 7,3 |  |
| 11.08 | 4,3 | 10,6 | 16,2 | 9,4 |  |
| 12.08 | 3,9 | 13,2 | 3,8 | 7,4 |  |
| 13.08 | 10,8 |  |  |  |  |

11.08.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза. Ишемический инсульт (10.05.15) в левой височной доле, частичная сенсомоторная афазия когнитивное расстройство средней степени. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к сенсорная форма. Последствия перенесенной спинальной травмы (1987) сгибательная контрактура пальцев стоп, амиотрофический с-м

07.08.15Окулист: (осмотр в ОИТ)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены неравномерно расширены, извиты. Единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

28.07.15ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Дистрофические изменения миокарда.

04.08.15 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Дистрофические изменения миокарда

28.07.15 ФГ ОГК: без патологии

07.08.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

11.08.15 психиатр: В терапии психиатром не нуждается.

02.06.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V =6 см3

Эхоструктура паренхимы диффузно неоднородная с наличием гипо и гиперэхогенных участков без четких контуров и границ. Эхоинтенсивность снижена. Лимфоузлы визуализируются, единичные югулярные лимфоузлы слева до 14 мм, с сохраненной дифференциацией. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, гепарин, энтеросгель, ККБ, тиоктацид, ноотропил, цефтриаксон, офлоксин, церукал, L-тироксин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. переносимость L-тироксина удовлетворительная АД 110/70 мм рт. ст. ввиду необходимости постороннего ухода и отсутствием в данный момент родственников, согласована госпитализация больной в терапию по м\ж (с гл. врачом ЦРБ). Сан. транспортом ЦРБ будет перевезена 13.08.15.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 6-8ед., п/о-8-10 ед., п/уж -2-4 ед., Фармасулин НNР 22.00 9-10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. 1 мес
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: ницериум УНО 30 мг 1тром 1 мес.
10. L-тироксин (эутирокс) 25 мкг Контр ТТГ ч\з 1-2 мес для коррекции дозы.УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 2р\год
11. Рек. оптикс форте 1т 1р\д
12. Больная нуждается в постороннем уходе (введение инсулина, контроль гликемии, обеспечение режима питания).
13. Выдана справка сыну о пребыванию больной в стационаре и необходимости постороннего ухода.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.