#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 477

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

Год рождения: 1990

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Щорса 62-1

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.04.16 по 25.04.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, и кетоацидозу, декомпенсация. Ацетонурия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия II, выраженный цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к, трофическая язва правой пяточной области. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст, анемия, артериальная гипертензия в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Метаболическая кардиомиопатия СН 1-IIа. Хронический калькулезный холецистит, желчекаменная болезнь. Тромбоз подключичной и подмышечной вены слева (с-м Педетта-Шреттера слева). НОМЦ (на фоне сопутствующего заболевания)

Жалобы при поступлении на момент поступления пациентка находилась в сопоре, продуктивного контакта нет, собрать жалобы и анамнез невозможно.

Краткий анамнез (по данным амб. карты): СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая 2009 гипогликемические – 2011 (1), 2013 – 4 раза. 07.04.16 доставлена в Токмакскую ЦРБ в сопорозном состоянии, при обследовании выявлена гипергликемия, повышенный уровень креатинина. Ургентно госпитализирована в нефрологическое отделение ЗОКБ (БИТ гематологии). 08.04.16 осмотрена обл нефрологом - показаний для ургентного гемодиализа нет. По согласованию с и.о. глав.врача, нач.медом Костиной Т.К. переведена в ОИТ ОКЭД. Последняя госпитализация в ОКЭД 11.2015. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.04.16 Общ. ан. крови Нв –91 г/л эритр –2,8 лейк – 72 СОЭ – 47 мм/час

э- 1% п- 1% с- 75% л- 20% м-3 %

12.04.16 Общ. ан. крови Нв – 82,9 г/л эритр –2,6 лейк – 7,4 СОЭ – 39 мм/час

э-1 % п- 2% с- 86% л-10 % м- 1%

18.04.16 Общ. ан. крови Нв –101,5 г/л эритр – 3,1 лейк 7,0 СОЭ – 59 мм/час

э- 0% п- 1% с-63 % л- 35 % м- 1%

21.04.16 Общ. ан. крови Нв – 93 г/л эритр –3,0 лейк –6,3 СОЭ – 58 мм/час

э- 1% п- 1% с-59 % л- 35 % м- 4%

08.04.16 Биохимия: хол –5,0 мочевина –16,0 креатинин – 396,7 бил общ –8,0 бил пр – 2,0 тим –9,8 АСТ – 0,52 АЛТ – 0,76 ммоль/л;

12.04.16 Биохимия: мочевина –14,4 креатинин – 324 тим – 8,1

14.04.16 Биохимия: мочевина –12,2 креатинин – 234

18.04.16 Биохимия: СКФ –28,7 мл./мин., мочевина –10,1 креатинин – 210

20.04.16 Биохимия: мочевина –8,5 креатинин – 172 бил общ –8,5 бил пр –2,1 тим – 4,2 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,27 ммоль/л;

08.04.16 амилаза 309,1 ( 0-90) ед/л

09.04.16 амилаза 343,9 ( 0-90) ед/л Диастаза – 266,2 (0-450)

11.04.16 амилаза 80,9 ( 0-90) ед/л Диастаза – 67,6(0-450)

08.04.16 Анализ крови на RW- отр

13.04.16 Глик гемоглобин – 11,3%

21.04.16 ферритин – 129 мкг\л ( 10-120)

08.04.16 Гемогл – 83 ; гематокр – 0,26 ; общ. белок –41,6 г/л; К – 3,0 ; Nа – 130,1 ммоль/л

10.04.16 К – 4,2 ммоль/л

14.04.16 К – 3,5 ммоль/л

21.04.16 К – 5,2 ммоль/л

25.04.16 К –4,9 ммоль/л

08.04.16 Коагулограмма: вр. сверт. – ,5 мин.; ПТИ – 86,2 %; фибр –3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6

08.04.16 Проба Реберга: Д- 1,4л, d- 0,97мл/мин., S- 1,73 кв.м, креатинин крови- 204 мкмоль/л; креатинин мочи- 4756 мкмоль/л; КФ- 22,6мл/мин; КР- 95,7 %

### 08.04.16 Общ. ан. мочи уд вес м\м лейк –20-25 в п/зр белок – 1,027 ацетон –1++; эпит. пл. - ум; эпит. перех. ед- в п/зр

С 14.04.16 ацетон - отр

09.04.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -156250 эритр - белок – 1,53

12.04.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5250 эритр - 750 белок – 1,085

18.04.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750 эритр - 500 белок – 0,965

10.04.16 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – 1,50

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.04 |  | 15,9 | 7,3 | 5,4 | 5,5 |
| 10.04 | 5,8 | 6,4 | 4,1 | 7,2 | 6,3 |
| 12.04 | 18,3 | 14,2 | 9,9 | 5,5 |  |
| 14.04 430-2,0 | 55 | 8,5 | 56 | 11,1 |  |
| 16.04 | 7,3 | 9,3 | 9,6 | 11,1 |  |
| 18.04 | 10,2 | 10,3 | 7,6 | 6,8 |  |
| 20.04 | 4,9 | 11,4 | 8,0 | 9,2 |  |
| 21.04 | 3,3 | 8,2 | 8,1 | 7,4 |  |
| 25.04 | 4,4 |  |  |  |  |

08.04.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия II, выраженный цереброастенический с-м,

08.04.16Окулист: (осмотр в ОИТ)

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

11.04.16ЭКГ: ЧСС - 120уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

08.04.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1-II а.

08.04.16 На Р-гр ОГК легкие в полном объеме без инфильтрации. Корни малоструктурны. Сердце – срединное положение. Следы выпота в синусы слева.

08.04.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш.ст

20.04.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.04.16Гинеколог: НОМЦ (на фоне сопутствующего заболевания)

14.04.16РВГ:. Нарушение кровообращения справа – II –III слева III-IV, тонус сосудов N.

14.04.16 Хирург: Хронический холецистит. Желчекаменная болезнь.

20.04.16Дупл. сканирование артерий и вен в/к н/к: Заключение: Выраженный лимфостаз кисти, предплечья и плеча слева. Спастический тип крови по артериям предплечья. Тромбоз подключичной и подмышечной вены слева (с-м Педетта-Шреттера слева) Справа: плечевая артерия 3,3-3,5 мм в локтевой ямке.

19.04.16 осмотр зав нефрологическим отделением ЗОКБ:СД 1 тип, тяжелая форма, субкомпенсация. ХБП IV, диабетическая нефропатия, анемия, АГ.

25.04.16 Нефролог ЗОКБ (повторно): СД 1 тип, тяжелая форма, субкомпенсация. ХБП IV, диабетическая нефропатия, анемия, АГ

13.04.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкрементов в желчном пузыре, на фоне застоя, фиброзирования поджелудочной железы, изменений диффузного типа в паренхиме почек, больше выраженных справа. Обращает внимание наличие свободной жидкости в брюшной полоти в малом тазу. Свободная жидкость в правой плевральной полости с наличием взвешенных включений. застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

11.04.16 Осмотр асс. каф внутр. болезней № 1 ЗГМУ к.м.н. Соловьюк А.О: диагноз см. выше.

13.04.16-20.04.16 Совместный осмотр с Зав. отд. Фещук И.А. Нач. мед. Костина Т.К. доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см. выше.

Лечение: Новорапид, фенигидин, верапамил, цефтриаксон, платифилин, каоприл, предуктал MR, линекс, тималин, короксан, офлоксацин, гепарин, Левемир, фуросемид, ципрофлоксацин, аспаркам, бисопролол, амлодипин, магникор,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90 мм рт. ст.

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- 2-4ед., п/о-2-4 ед., п/уж 2-4ед., Левемир 22.00 4-5 ед., с последующей коррекцией дозы по результатам гликемии амбулаторно.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек ангиохирурга: плестазол 100 мг т 1р\д, серрата 2т 2р\д, веносмил 1т 2р/д, лиогель втирать 2р\д, атерокард 1т 1р\д, магникор 1т 2р/д.
7. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*1р/д. 1 мес., ивабрадин 5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
8. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
9. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
10. Рек нефролога: «Д» наблюдение эндокринолога по м\ж, ограничение жидкости, белка до 0,8г/кг, контроль уровня гемоглобина, креатинина, мочевины, общего белка, альбумина, ОАМ 1 р\мес. Гипотензивная терапия: амлодипин 5 мг\сут, бисопролол 2,5-5 г\сут, при недостаточном контроле АД к лечение моксагамма 0,3 мг. мирцера 50 мг 1р\мес на протяжение 2-3 мес с определение ОАК в динамике или применение других эритропоетинов.
11. Рек гинеколога: на данный момент в терапии со стороны гинекологии не нуждается.
12. Рек хирурга: Плановое оперативное лечение.
13. 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.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.