#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 599

##### Ф.И.О: Питова Елена Александровна

Год рождения: 1978

Место жительства: Акимовский р-н, с. Черноземное ул. Каховская 14

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.05.16 по 25.05.16 в энд. отд. (11-13.05.16 в ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние 1 ст. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисметаболическая энцефалопатия (на фоне частых гипогликемических состояний), цефалгический, цереброастенический с-м. Врожденная легкая умственная отсталость. Состояние после ампутации матки без придатков. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5-6 кг за 2-3 мес. ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния в разное время суток (связанные с недостаточным питанием).

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы гипогликемические (из направления эндокринолога) в 2015 – 3 раза, в 2016 - 25.02, 02.03.16 госпитализирована в ОИТ по м/ж в кетоацидотическом состоянии. С начала заболевания инсулинотерапия, дозу указать не может. Из направления эндокринолога по м\ж рекомендованный прием: Хумодар Р100Р п/з-10 ед., п/о-14 ед., п/у-10 ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 10 ед. Гликемия –12-20 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 06.2014г. Боли в н/к в течение 7 лет. С 06.05.16 по 11.05.16 стац. лечение в реанимационном отделении Акимовской ЦРБ ( госпитализирована в кетоацидотическом состоянии). для дальнейшего подбора инсулинотерапия переведена в эндодиспансер. В 2014 диагностирован аутоиммунный тиреоидит, субклинический гипотиреоз. 06.2014 ТТГ – 9,4 (0,3-4,0) АТТПО – 1904 (0-30). Рекомендован прием эутирокса, который пациентка в ам. условиях самостоятельно отменила. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.05.16 Общ. ан. крови Нв –74 г/л эритр – 2,3 лейк – 3,8СОЭ –69 мм/час

э-3 % п- 0% с-74 % л- 19 % м- 4%

17.05.16 Общ. ан. крови Нв –72 г/л эритр – 2,2 лейк 7,3– СОЭ –60 мм/час

э- 0% п- 2% с- 80% л- 16% м- 2%

20.05.16 Общ. ан. крови Нв –81 г/л эритр – 2,5 лейк – 4,5 СОЭ – 51 мм/час

э- 1% п- 0% с- 77% л- 19% м3 %

12.05.16 Биохимия: хол –4,1 тригл -4 мочевина – 4,0 креатинин –148 бил общ – 9,4 бил пр – 3,1 тим –5,0 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

14.05.16 Биохимия: СКФ –37,9 мл./мин., хол –4,1 тригл -1,41 ХСЛПВП -0,77 ХСЛПНП – 2,7Катер -4,3 мочевина –4,0 креатинин –148 бил общ – 9,4 бил пр – 3,1 тим –5,0 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

16.05.16 Биохимия: СКФ –51,1 мл./мин., хол –4,4 тригл – 1,55ХСЛПВП -1,22 ХСЛПНП – 2,5Катер 2,6- мочевина –6,1 креатинин – 110 тим –3,7

12.05.16 Амилаза – 31,6 (0-90)

11.05.16 Гемогл –83 ; гематокр – 0,26 ; общ. белок – 59 г/л; К – 3,2 ; Nа – 136 ммоль/л

13.05.16 Гемогл – 72 ; гематокр – 0,26 ; общ. белок – 56 г/л; К – 3,1 ; Nа – ммоль/л

14.05.16 К -4,2 ммоль/л

16.05.16 К -4,6 ммоль/л

17.05.16 К -4,0 ммоль/л

19.05.16К -4,5 ммоль/л

18.05.16 Железо – 8,2 ( 10,7-32,2)

20.05.16ТТГ – 1,9 (0,3-4,0) Мме/мл

12.05.16 Коагулограмма: вр. сверт. – 6 мин.; ПТИ – 101 %; фибр –4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –105 %; св. гепарин – 0

13.05.16 Проба Реберга: L3,02,08- л, d- мл/мин., S-1,54 кв.м, креатинин крови- 100,9мкмоль/л; креатинин мочи- 3,596 мкмоль/л; КФ- 83,3мл/мин; КР- 97,5 %

### 11.05.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – ½ в п/зр белок – 0,121 ацетон –2+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

12.05.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -181250 эритр -3500 белок – 0,105

17.05.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - 250 белок – 0,031

13.05.16 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – 0,215

15.05.16 Суточная глюкозурия – 1,4 %; Суточная протеинурия – 0,041

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.05 |  |  | 23,8 | 11,6 | 6,7 |
| 13.05 | 5,5 |  | 7,7 | 4,0 | 7,3 |
| 17.05 | 15,6 | 11,0 | 8,7 | 4,2 |  |
| 18.05 2.00-10,1 | 6,4 | 15,9 | 2,6 | 9,2 |  |
| 19.05 |  | 2,5 | 8,6 |  |  |
| 21.05 |  | 13,7 |  |  |  |
| 23.05 |  | 2,9 |  |  |  |
| 24.05 | 6,4 | 2,9 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

11.05.16Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия (на фоне частых гипогликемических состояний), цефалгический, цереброастенический с-м. Врожденная легкая умственная отсталость. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

17.05.16Окулист: (осмотр в отделении).

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены незначительно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. .

16.05.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

16.05.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

13.05.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

17.05.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.05.16 НА р- гр ОГК легкие без инфильтраций, обогащен легочной рисунок в н/отд , корни малоструктурны, увеличен левый желудочек.

18.05.16Гинеколог: Состояние после ампутации матки без придатков

23.05.16 нефролог: ХБП Ш, диабетическая нефропатия, анемия, инфекция мочевыводящих путей.

17.05.16 Гематолог: железодефицитная анемия средней степени тяжести.

16.05.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

19.05.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст спаек в малом тазу

17.05.16Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Диагноз см . выше

11.05.16 УЗИ щит. железы: Пр д. V =14,0 см3; лев. д. V =10,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: энтеросгель, левофлоксацин, Хумодар Р100Р, цефтриаксон, аспаркам Хумодар Б100Р, тиоктодар ,витаксон, тардиферон, ципрофлоксацин, КCl.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, нестабильность показателей гликемии обусловлена нарушением диетотерапии, вследствие умственной отсталости, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 75 уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, гематолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Рп/з-4-6 ед., п/о-6-8 ед., п/уж -6 ед., Хумодар Б100Р22.00 16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
8. Тиоктодар 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. 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.
11. Рек нефролога: диета с ограничением соли, прием растительных уросептиков, канефрон 2т 3р\д 1 мес. Прием препаратов железа.
12. Рек гематолога: тардиферон 2т\д 1 мес затем 1т 1р\д 3 мес. Контроль ан. крови 1р\мес по м\ж.
13. Рек гинеколога: плановой осмотр гинеколога 1р\год, УЗИ придатков 1р\год.
14. Контроль ОАК в динамике.
15. Контроль креатинина, мочевины, общего белка, в динамике.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.