#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 614

##### Ф.И.О: Бруй Наталья Владимировна

Год рождения: 1996

Место жительства: Пологовский р-н, с. К Роздоры ул. Ватутина

Место работы: ЗНУ студент

Находился на лечении с 25.04.17 по 28.04.17 в энд. отд.(ОИТ)

Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, и кетоацидозу ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая автономная полинейропатия, кардиоваскулярная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II, Диабетическая нефропатия Ш. Дисметаболическая энцефалопатия 1, астеноневротический, тревожный с-м. Метаболическая кардиомиопатия Митральная регургитация 1 ст Дополнительная хорда ЛЖ СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 8 кг за 3 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, тошноту, учащенное мочеиспускание..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г в кетоацидотическом состояниями. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2015 – переведена на Новорапид, Лантус. В наст. время принимает: Новорапид п/з-12 ед., п/о-14ед., п/у- 10-12ед., Лантус 22.00 – 32 ед. Гликемия –18-12,7 ммоль/л. НвАIс - 18% от 03.2017 . Последнее стац. лечение в 2016г. Ухудшение состояния резко в течение суток без видимой причины 25.04.17 самостоятельно обратилась на приемный покой ОКЭД 25.04.17 ацетон мочи 4+++, глюкоза крови 12,7ммоль\л.. Госпитализирована в ОИТ в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 25.04 | 142 | 4,3 | 9,3 | 11 | 0 | 5 | 54 | 36 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.04 | 70,4 | 4,4 | 2,9 | 1,05 | 2,03 | 3,2 | 5,7 | 102,3 | 10,0 | 2,4 | 3,2 | 1,1 | 1,78 |
| 27.04 |  | 4,4 | 2,7 | 1,0 | 2,2 | 3,4 |  |  |  |  |  |  |  |

25.04.17 Гемогл –142 ; гематокр –0,45 ; общ. белок – 70,3 г/л; К – 4,3 ; Nа –143 ммоль/л

27.04.17 К – 3,88 моль\л

28.04.14 К – 4,01

25.04.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 10,5 мин.; ПТИ – 81 %; фибр –4,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин –

### 25.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1034 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –4++++; эпит. пл. –много ; эпит. перех. – много в п/зр

С 26.04.17 ацетон – отр

26.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

29.12.16 Микроальбуминурия (выписной эпикриз ОКЭД № 1605)–122,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 25.04 |  | 9,8 | 10,1 | 18,3 | 7,8 |
| 26.04 | 14,4 | 12,3 | 11,1 | 7,4 |  |
| 26.04 | 14,0 | 12,3 | 11,1 | 7,4 |  |
| 27.04 | 10,2 | 7,5 | 10,3 | 13,7 |  |
| 28.04 2.00-7,3 | 3,7 |  |  |  |  |

26.04.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды широкие, слегка извиты. В макулярной области без особенностей

25.04.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

03.01.17 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, астеноневротический, тревожный с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая автономная полинейропатия , кардиоваскулярная форма.

27.04.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст

25.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

29.12.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,5 см3; лев. д. V = 5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхоструктура средне зернистого вида, однородная . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

27.12.16РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

28.12.16ЭХО КС: КДР- 4,0см; КДО-68 мл; КСР-2,7 см; КСО-27 мл; УО-41 мл; МОК- 4,31л/мин.; ФВ- 59%; просвет корня аорты -1,7 см; ПЛП -2,8 см; МЖП – 0,6 см; ЗСЛЖ – 0,7см; ПЛЖ- см; По ЭХО КС: Митральная регургитация 1 ст. Дополнительная хорда ЛЖ с прикреплением в с/3 МЖП. соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

30.12.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия Митральная регургитация 1 ст Дополнительная хорда ЛЖ СН 0.

04.01.17ГастроэнтерологХронический гепатостеатоз. ДЖП по гипомоторному типу.

Лечение: флорисед, ККБ, тиоктацид, атоксил, Фармасулин Н, супрастин, лесфаль торвакард, супрастин, энтеросгель, Актрапид НМ

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, пациентка нуждается в продолжении стац лечения для дальнейшей коррекции инсулинотерапии ,в настоящее время в связи с семейными обстоятельствами от дальнейшего лечения категорически отказывается, настаивает на выписке из отделения, о возможных осложнениях предупреждена. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-12-14 ед., п/о-10-12 ед., п/уж – 10-12ед., Лантус 22.00 30-32 ед. согласно выписного эпикриза № 1605 ( контроль гликемии на данной схеме инсулинотерапии не проводился ввиду кетоацидотического состояния, принимала Актрапид НМ в интенсивной схеме ). При согласии пациентки повторная госпитализация в эндодиспансер для коррекции инсулинотерапии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД, микроальбуминурии .
7. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
8. 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.
9. Конс. гастроэнтеролога по м\ж. Контроль печеночных проб, АСТ, АЛТ в динамике, при необходимости определить маркеры вирусных гепатитов В и С.
10. Эссенциале 2т 3р\д 1 мес
11. Конс. невропатолога, кардиолога по м\ж
12. Справка № С25.04.17 по 28.04.17

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В