#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 276

##### Ф.И.О: Шостак Оксана Ивановна

Год рождения: 1979

Место жительства: Михайловский р-н, с. Бурчак пер. Школьный 4-9

Место работы: инв II гр н/р

Находился на лечении с 21.02.17 по 06.03.17 в энд. отд. (ОИТ 21.02.17-27.02.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим, кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое стояние 1 ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS-6 NDS – 12 ), хроническое течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст.Хронический пиелонефрит,обострение. Гипертоническая болезнь 1 ст. Дисметаболическая энцефалопатия II, выраженный цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., общую слабость, быструю утомляемость, тошноту, утреннюю рвоту.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Фармасулин Н, Фармасулин НNP. С 2010 переведена на Генсулин Н. Принимала: Генсулин Р п/з-8-10 ед., п/о- 10-12ед., п/у-8-10 ед., Генсулин Н 22.00 – 18-22 ед. Ухудшение состояния с вечера 16.02.17 когда начала отмечать тошноту, рвоту.. причину ухудшения состояния указать не может. Получала стац лечение в ОИТ Василевской ЦРБ с 17.02.17-21.02.17 по поводу кетоацидотического состояния (выписной эпикриз № 54/701 прилагается). Переведена в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.02.17 Общ. ан. крови Нв – 133 г/л эритр –4,1 лейк –29,2 СОЭ –44 мм/час

э-3 % п- 8% с- 78% л- 9 % м- 2%

24.02.17 Общ. ан. крови Нв –110 г/л эритр –3,4 лейк –3,6 СОЭ –26 мм/час

э- 1% п-4 % с- 67% л- 20 % м- 8%

28.02.17 Общ. ан. крови Нв –124 г/л эритр – 3,9 лейк – 5,3 СОЭ –25 мм/час

э- 3% п- 3% с- 65% л- 21 % м- 8%

21.02.17 Биохимия: хол –5,35 мочевина – 5,3 креатинин –396 бил общ –9,0 бил пр –2,2 тим –2,2 АСТ – 0,28 АЛТ –0,23 ммоль/л;

28.02.17 Мочевина 8,5 креатинин 81,4 СКФ – 89,5

21.02.17 Гемогл – 133 ; гематокр – 0,42 ; общ. белок –67,8 г/л; К – 5,48 ; Nа –141,5 ммоль/л

22.02.17 К – 4,58ммоль/л

27.02.17 К – 4,3ммоль/л

21.02.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 84 %; фибр – 4,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

24.02.17 Проба Реберга: креатинин крови-107,8 мкмоль/л; креатинин мочи- 4400 мкмоль/л; КФ-92,2 мл/мин; КР- 97,4%

### 21.02.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –4-6 в п/зр белок – 0,385 ацетон –4+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

С 27.02.17 ацетон – отр

22.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6000 эритр - 19500 белок – 0,048

25.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - 500 белок – 0,026

27.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 250 белок – отр

01.03.17 Суточная глюкозурия – 0,93 %; Суточная протеинурия – отр

01.03.17 Микроальбуминурия – 184,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.02 |  | 6,5 | 8,7 | 8,0 | 7,9 |
| 23.02 2.00-6,4 | 11,6 | 7,2 | 1,9 | 12,3 | 8,4 |
| 25.02 2.00-7,5 | 11,9 | 7,1 | 6,5 | 6,9 | 13,2 |
| 27.02 2.00-9,1 | 9,5 | 3,4 | 4,8 | 6,1 |  |
| 28.02 | 11,7 | 10,2 | 4,4 | 3,6 | 7,5 |
| 02.03 | 3,9 | 4,0 | 4,5 | 4,0 |  |
| 03.03 | 9,0 | 4,0 | 5,6 | 3,4 |  |
| 04.03 | 4,0 | 5,0 |  |  |  |
| 05.03 |  |  |  | 2,9 | 8,2 |

21.02.17 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия II, выраженный цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS-6 NDS – 12 ед) , хроническое течение .

21.02.17Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Артерии сужены, местами спазмированны, ход сосудов ближе к прямолинейному, вены полнокровны. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

03.03.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.02.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь 1 ст.

22.02.17 Легкие без инфильтрации, корни малоструктурны. Фиброз слева в /доле, сердце без особенностей.

28.02.17 На момент осмотра данных за хирургическую патологию нет

28.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.03.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

13.08.16 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V =4,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: атоксил, тиоктацид, актовегин, армадин, фуросемид, ноотропил, альмагель, аспаркам, метоклопромид, прозерин, гепарин, цефтриаксон, ККБ, левофлоксацин, линекс, сермион, Генсулин Р, Генсулин Н, тималин, эмсеф, индапамид.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Снижение гликемии в 20.00 связывает с нарушением режима диетотерапии (практически не ужинала со слов больной).Пациентка от дальнейшей коррекции инсулинотерапии отказывается ,настаивает на выписке из отделения.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-6-8 ед., п/о-6-8 ед., п/уж -4-6ед., Генсулин Н 22.00 18-20 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная консультация в КУ «ОКЭД» ЗОС.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р\д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
6. Тиоктацид 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.
7. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. до 2 мес.,
8. Контроль ОАК ,ан.мочи по Нечипоренко в динамике .Консультация нефролога ЗОКБ или по м\ж ( от прохождения УЗИ почек в условиях эндодиспансера отказалась, со слов больной проходила УЗИ во время стац лечение в Василевской ЦРБ)

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В