|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 446

##### Ф.И.О: Педан Андей Васильевич

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Вольнянск ул. Чкалова 55

Место работы: н/р

Находился на лечении с 25.03.13 по 09.04.13 в диаб. отд. (с 25.03 по 01.04 в ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация, кетоацидотическое состояние. Диабетическая нефропатия III ст. ХПН 0. Дисметаболическая энцефалопатия на фоне кетоацидоза без очаговой симптоматики. Дистальная хроническая сенсо-моторная полинейропатия н/к, IIст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН I. С-м ВСД.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, боли в эпигастрии, боли в н/к, тошноту, выраженную слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з-5 ед., п/о- 5ед., п/у- 6ед.,Левеир 22.00 – 22 ед. Ухудшение состояния с 23.03.013, после погрешности в питании. Ургентно госпитализирован в ОИТ Бердянской ЦРБ. По настоянию больного выписан из Бердянской ЦРБ, доставлен родственниками и госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

26.03.13Общ. ан. крови Нв – 124 г/л эритр –3,7 лейк –6,2 СОЭ –27 мм/час

э-1 % п-6 % с- 70% л-18 % м-5 %

02.04 СОЭ 11 мм/час

26.03.13Биохимия: хол –3,95 мочевина – 2,4 креатинин –196,8 бил общ –14,6 бил пр –4,1 тим – 0,64 АСТ – 0,55 АЛТ – 0,72 ммоль/л;

02.04.13 СКФ 88л/мин, креатинин 93мкмоль\л

25.03.13Анализ крови на RW- отр

25.03.13Гемогл – 122 ; гематокр –0,38 ; общ. белок –65 г/л; К –3,8 ; Nа –139 ммоль/л

26.03.13 К 3,45 ммоль/л

27.03.13 К-3,7 ммоль/л

28.03.13 К 4,8 ммоль/л

26.03.13 Амилаза 18,2 мг(ч\*мл)

25.03.13Коагулограмма: вр. сверт. –10 мин.; ПТИ – 80,5%; фибр –4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4\*10-4

28.03.13Проба Реберга: Д-3,9 л, d-2,70 мл/мин., S-1,79 кв.м, креатинин крови-114 мкмоль/л; креатинин мочи-3900 мкмоль/л; КФ-89,2 мл/мин; КР-96,9 %

### 25.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –3-4 эритр 0-1-2 в п/зр белок – 0,026 г/л ацетон 4++++; эпит. пл. –ум. кол-во в п/зр, цил 0-1 в п/з

С29.03.13 ацетон отр (-)

26.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -500 белок – отр

28.03.13Суточная глюкозурия – 0,49%; Суточная протеинурия – отр

##### 28.03.13 Микроальбуминурия – 81,5 мг/сут

Глик. гемоглобин больной отказался. контроль по м/ж

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 16.00 | 17.00 | 20.00 | 21.00 |
| 25.03 |  |  |  |  |  |  | 9,5 | 12,5 |
| 26.03 | 7,7 |  | 7,4 | 8,4 |  | 4,1 |  | 6,9 |
| 27.03 | 12,5 |  | 8,6 | 7,1 |  | 7,5 |  | 8,8 |
| 28.03 | 7,7 |  | 8,7 | 7,5 |  | 3,0 |  | 12,9 |
| 29.03 | 10,0 |  |  | 8,9 |  | 14,3 |  | 9,5 |
| 30.03 | 6,9 |  |  | 10,1 |  | 10,2 |  | 6,9 |
| 31.03 | 7,7 |  |  | 5,4 |  | 7,6 |  | 7,0 |
| 02.04 |  | 10,6 | 6,4 |  | 4,8 |  | 5,0 |  |
| 03.04 |  | 6,1 |  |  |  |  |  |  |
| 04.04 |  | 9,8 | 5,6 |  | 7,5 |  | 4,5 | 6,9 |
| 05.04 |  | 4,5 |  |  |  |  |  |  |
| 07.04 |  | 4,8 | 3,2 |  | 11,8 |  | 4,4 |  |
| 08.04 |  |  | 6,0 |  | 7,1 |  | 5,6 |  |

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия на фоне гипотиреоза без очаговой симптоматики. Дистальная хроническая сенсо-моторная полинейропатия н/к, IIст.

Окулист: осмотр в палате

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены неравноемерно расширен, извиты. Единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.03.13ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: . Метаболическая кардиомиопатия СН I. С-м ВСД. ПМК ?

02.04.13РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

02.04.13Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева –1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

Лечение: кардонат, тиоктацид, нейрорубин, Левемир, Новорапид, ксилат, трисоль, реамберин, рантак, ККБ, пирацетам, гепарин, сода-буфер, тивортин, эссенциале, кардонат, альмагель.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 110-70 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-8-10 ед., п/о- 8-10ед., п/у- 7-9ед., 22.00 Левемир16-18 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
4. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в\м № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
7. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
8. Справка № с 25.03.13 по 08.04.13. К учебе 09.04.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

И.О.Зав. отд. Ермоленко В.А.

Гл. врач Черникова В.В