#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1240

##### Ф.И.О: Бугвин Гордей Анатольевич

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Запорожье пр. Моторостроителей 26а- 47

Место работы: ТД «ИКАР», менеджер, инв Ш гр.

Находился на лечении с 08.10.14 по 31.10.14 в диаб. отд. (ОИТ с 08.10.14 – 14.10.14)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация, кетоацидотическое состояние. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисциркуляторная, диабетическая энцефалопатия I, на фоне спиралевидной деформации левой ВСА. Венозно-ликворная дисфункция. Стойкая цефалгия. Метаболическая кардиомиопатия. С-м ВСД. ПМК 1 ст. СН0. Хронический панкреатит. ОРВИ, хронический кистозно-полинозный пансинусит. Бронхиальная астма.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2004 в связи с декомпенсацией переведен на Лантус, Эпайдра. С 2005в связи с лабильным течением переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-10 ед., п/о-10 ед., п/у- 10ед., Левемир п/з – 20 ед, 20.00 – 10 ед. Гликемия –3,9-20,0 ммоль/л. НвАIс – 11,0 % от 09.2013. Последнее стац. лечение в 2013г. Бронхиальная астма с 2007. Ургентно 07.10.14 госпитализирован в КУ «МКЛЭ та ШМД» ОИТ в кетоацидотическом состоянии, связано с погрешностью в режиме питания. 08.10.14 переведен в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.10.14 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр –4,4 лейк – 4,4 СОЭ –92 мм/час

э- 1% п- 3% с- 72% л- 22 % м- 2%

24.10.14 Общ. ан. крови Нв –157,8 г/л эритр – 4,9 лейк –4,7 СОЭ – 7 мм/час

э- 5% п-3 % с- 48% л- 33% м-11 %

08.10.14 Биохимия: мочевина – 4,9 креатинин – 266,4 бил общ –11,8 бил пр –2,9 тим –0,94 АСТ – 0,19 АЛТ –0,13 ммоль/л;

09.10.14 хол –4,28 тригл -1,58 ХСЛПВП – 1,60ХСЛПНП – 1,96Катер -1,7

16.10.14Катер – 2,36 ЛПНП – 2,7 ЛПВП – 1,29, хол – 4,33 тригл – 2,33

17.10.14 Биохимия: СКФ –119 мл./мин., мочевина –5,0 креатинин –88

08.10.14 Амилаза – 212,2 Е/л

27.10.14 ТТГ – 1,78 (0,3-4,0) МЕ/мл.

10.10.14 Амилаза – 29,6 Е/л

08.10.14 Анализ крови на RW- отр

09.10.14 К – 4,6 Nа – 151 ммоль/л

09.10.14 Коагулограмма: вр. сверт. –18 мин.; ПТИ – 78,1 %; фибр –4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –51 %; св. гепарин – 36\*10-4

12.10.14 Проба Реберга: Д-3,1 л, d-2,15 мл/мин., S- 1,74кв.м, креатинин крови-1,38 мкмоль/л; креатинин мочи-3180 мкмоль/л; КФ- 49,2мл/мин; КР- 95,6%

### 08.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –4++++; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

С 14.10.14 ацетон - отр

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

12.10.14 Суточная глюкозурия – 2,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.10.14 Микроальбуминурия – 165,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 08.10 |  | 8,9 | 5,3 | 4,5 | 6,6 |
| 10.10 1.00-6,0 | 11,8 | 8,1 | 5,4 | 13,0 | 12,5 |
| 14.10 | 5,6 |  |  | 14,4 |  |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.10 | 7,5 | 5,5 | 7,7 | 15,0 |  |
| 20.10 | 5,5 | 8,2 | 13,5 | 10,2 | 10,8 |
| 21.10 | 6,2 |  |  |  |  |
| 22.10 |  | 10,8 | 7,3 | 19,3 |  |
| 24.10 | 6,9 | 15,5 | 11,8 | 11,5 |  |
| 27.10 | 9,4 | 4,9 | 20,7 | 7,5 |  |
| 28.10 | 6,5 | 13,4 | 16,9 |  |  |
| 29.10 |  | 12,8 | 7,1 | 7,3 |  |
| 30.10 | 8,5 | 14,5 |  |  |  |
| 31.10 | 9,1 | 4,2 |  |  |  |

08.10.14Невропатолог: Дисциркуляторная, диабетическая энцефалопатия I на фоне спиралевидной деформации левой ВСА. Венозно-ликворная дисфункция. Стойкая цефалгия.

08.10.14Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

09.10.14ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

14.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.10.14 Хирург: Хронический панкреатит, обострение.

15.10.14ЛОР: ОРВИ хронический кистозно-полинозный пансинусит.

09.10.14 Р-гр ОГК: легкие без очаговых и инфильтративных теней. Корни малоструктурны. Сердце – увеличение лев. желудочка.

27.14.14 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. С-м ВСД. ПМК 1 ст. СН0.

16.10.14Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.10.14 УЗИ брахицефальных артерий: Данные на руках.

31.10.14 р-гр ШОП в 2х проекциях: признаки субхондрального склероза , заостренность заднего края тела С3-4 снижение высоты межпозвоночных дисков.

28.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,1 см3; лев. д. V = 7,7 см3

Щит. железа не увеличена, ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, реамбирин, роксера, омега3, рамиприл, тиогамма, витаксон, нейрорубин, контривен, фурасемид, анальгин, диклофенак, димедрол, эссенциале, энтеросгель, масло облепихи, рантак, актовегин, гепарин, вит В 12, кароксан, ксилат, масло облепихи, трисоль, нимесил, фервекс, бронхостоп, витирон, фаматидин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. Нестабильная гликемия обусловлена погрешностью в режиме диетотерапии. Проведена беседа о необходимости регулярного самоконтроля, коррекции дозы инсулина в зависимости от приема пищи. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 12-14ед., п/о-10-12 ед., п/уж – 8-10ед., Левемир 7.30 22 ед. 22.00 19-21 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная госпитализация в эндокриндиспансер.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Рек. кардиолога: тиотриазолин 200мг \*3р/д.. Дообследование: 5-ти ступенчатая проба.
3. Рамиприл 2,5 мг утром, роксера 10 мг 1т веч, омега 3 1к в сут – 1 мес.Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.
5. Рек. невропатолога: цереболизин 10,0 в/в стр № 5, L-лизин эсцинат 10,0 + 100,0 ф/р в/в кап № 5, армадин 2,0 в/м 2р/д 10 дней, нормовен 2т утром 1 мес, билобил форте 1т 2р\сут 1,5-2 мес.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
7. Рек ангиохирурга: суприлекс 1т 2р\д 1 мес.
8. Рек ЛОР: биопарокс 2 инг 4р/д, конс сотрудника каф. ЛОР болезней.
9. 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.
10. Б/л серия. АГВ № 234598 с 08.10.14 по 31.10.14. К труду 01.11.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.