#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 132

##### Ф.И.О: Беленский Ростислав Олегович

Год рождения: 1992

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Балабино, ул. Полевая 49а

Место работы: инв Ш гр , н\р.

Находился на лечении с 27.01.14 по 05.02.14 в энд. (в ОИТ с 27.01 по 03.02) отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Начальные проявления диабетической полинейропатии н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисметаболическая энцефалопатия без очаговой симптоматики на фоне кетоацидоза. НЦД по смешанному типу. СН0.

Жалобы при поступлении на выраженную сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, тошнота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г ( с 14 лет) в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-7 ед., п/о-7 ед., п/у-7 ед., Лантус 22.00 – 20 ед. Со слов на кануне перенес ОРВИ, лечился амбулаторно к врачу не обращался, в связи со снижением аппетита ограничил прием пищи, в те чении последних 2 дней инсулин не вводил, в связи с развитием кетоацидоза (клинически) родственниками был доставлен в ОИТ ОКЭД ургентно. Гликемия –2-12 ммоль/л. НвАIс - 8,4% от 18.09.12. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.01.14 Общ. ан. крови Нв – 158 г/л эритр –4,6 лейк – 7,1 СОЭ –5 мм/час

э- 0% п-3 % с- 70% л- 21 % м- 6%

28.01.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –6,8 тригл -4,06 ХСЛПВП – 0,93ХСЛПНП -4,02 Катер -6,3 мочевина – 5,2 креатинин – 241 бил общ – 17,1 бил пр – 4,1 тим – 4,7 АСТ – 0,61 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

02.0.14 Биохимия: мочевина 6,7 креатинин – 84 бил общ – 9,1 бил пр – 2,2 тим – 2,3 АСТ – 0,95 АЛТ – 2,53 ммоль/л;

27.01.14 Гемогл – 187 ; гематокр – 0,60 ; общ. белок –79,2 г/л; К – 5,2 ; Nа –142 ммоль/л

28.01.14 Гемогл – 156 ; гематокр – 0,50 ; общ. белок –73 г/л; К – 4,7 ммоль/л

30.01. К – 3,5 ммоль/л

02.02 К – 3,7 ммль/л

28.01.14 Амилаз - 130

27.01.14 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр –4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –105 %; св. гепарин – 0

29.01.14 Проба Реберга: Д- 3,9л, d- 2,7мл/мин., S- 1,83кв.м, креатинин крови- 212мкмоль/л; креатинин мочи- 5720 мкмоль/л; КФ68,86- мл/мин; КР- 96,1%

### 27.01.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,388 ацетон –3+; эпит. пл. - немного; зерн 1-2 епит 0-1. - в п/зр

С 01.02.13 Ацетон - отр

28.01.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,030

29.01.14 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 31.01.14 Микроальбуминурия –29,7мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.01 |  |  | 10,9 | 11,9 | 10,4 |
| 28.01 | 8,8 | 8,1 | 8,4 | 4,3 | 8,2 |
| 30.01 | 6,8 | 7,7 | 3,3 | 6,9 | 9,6 |
| 31.01 | 12,6 | 5,2 | 5,4 | 6,3 |  |
| 01.02 | 4,5 | 6,8 | 4,3 | 4,2 |  |
| 02.02 | 4,0 | 4,3 | 5,2 | 6,1 |  |

Невропатолог: Начальные проявления диабетической полинейропатии н/к. Дисметаболическая энцефалопатия без очаговой симптоматики на фоне кетоацидоза.

Окулист: осмотр в ОИТ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии обычного калибра. Вены незначительно расширены. Венный пульс сохранен.

28.01ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Полная блокада ПНПГ

03.02Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0.

03.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

31.01РВГ: Нарушение кровообращения справа – Iст, слева - норма, тонус сосудов N.

03.02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V =6,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологи щит. железы нет.

Лечение: Альмагель, энтеросгель, тиоктацид, ККБ, Эпайдра. Лантус, эссенциале, гепарин, тивортин, луцетам, нейрорубин, торвакард, кортексин, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-4-7 ед., п/о-4-7 ед., п/у- 4-7ед., Лантус 22.00 20-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д., 1 мес, фитосед 1к 3р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.1 мес, актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Гепатопротекторы в течении месяца . контр. печеночных проб в динамике. УЗИ ОБП, маркеры вирусного гепатита по м/ж, при необходимости конс инфекциониста, гастроэнтеролога по м/ж.
11. 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.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.