#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 826

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

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Запорожье ул. 8 марта 26а-47

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 04.07.15 по 07.07.15 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст. Дополнительная хорда левого желудочка СН0. Дисциркуляторная, дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Язвенная болезнь, неактивная фаза. Хронический гастродуоденит вне обострения. Хронический гепатоз, Хронический холецистит, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Бронхиальная астма.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, общую слабость, тошноту, рвоту, сонливость, повышение Т до 37,6 °С, головные боли, отсутствие аппетита.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998. 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. В 2005 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 14ед., п/о- 14ед., п/у- 12ед. Левемир 22.00 – 12-14 ед. Гликемия –8-16 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 01.2015 и 04.2015г., госпитализировался ургентно в кетоацидотическом состоянии. Объяснить причину ухудшения состояния не может. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД. Бронхиальная астма с 2007. В 01.2015 язвенная болезнь, активная фаза. Язва луковицы ДПК, хронический гастродуоденит. В 04.2015 хронический гепатоз, хронический холецистит.

Данные лабораторных исследований.

04.07.15 Общ. ан. крови Нв –158 г/л эритр – 4,7 лейк – 12,9 СОЭ – 2 мм/час

э- 0% п-6 % с-78 % л15- % м- 1%

06.07.15 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр – 4,1 лейк – 4,3 СОЭ – 2 мм/час

э- 0% п-1 % с-59 % л-29 % м- 11%

04.07.15 Биохимия: хол –5,44 мочевина –5,7 креатинин – 329 бил общ –14,2 бил пр – 3,5 тим –3,74 АСТ – 0,32 АЛТ –0,43 ммоль/л;

24.07.15 Амилаза 66 (0-90) ед/л

06.07.15 общ белок – 63,1 г/л

06.0715 мочевина 3,0 креатинин 80.

04.07.15 Гемогл – 163 ; гематокр – 0,51; общ. белок –83 г/л; К – 4,1 ; Nа – 140 ммоль/л

05.07.15 К – 3,6 ммоль/л

07.07.15 Гемогл –154 ; гематокр – 0,49 ; К –4,3 ; Nа –137 ммоль/л

06.07.15 К – 3,7 ммоль/л

04.07.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 9 мин.; ПТИ – 98%; фибр –3,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

05.07.15 Проба Реберга: Д- 3,7л, d-2,57мл/мин., S- 1,73кв.м, креатинин крови-129 мкмоль/л; креатинин мочи-5885 мкмоль/л; КФ- 117,2мл/мин; КР- 97,8%

### 04.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –0-1 в п/зр белок – 0,03 ацетон –4++++; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

С 06.07.15 ацетон – отр.

05.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

05.07.15 Суточная глюкозурия – 3,5%; Суточная протеинурия – отр

07.07.15 микроальбуминурия сдана, результат не готов.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 04.07 | 5,9 | 13,1 | 9,7 | 9,3 | 13,4 |
| 05.07 2.00-5,7 | 9,8 | 7,4 | 9,2 | 9,4 | 8,9 |
| 06.07 | 5,2 | 11,1 | 14,0 | 12,4 |  |
| 07.07 | 4,8 |  |  |  |  |

06.07.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная, дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

06.07.15Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Артерии сужены, вены неравномерного калибра, расширены. По ходу сосудов единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

06.04.15ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

06.07.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст. Дополнительная хорда левого желудочка СН0.

Лечение: Новорапид, Левемир, альмагель, энтеросгель, рантак, берлитион, нейрорубин, метоклопромид, гепарин, солкосерил, беродуал, аспаркам, пирацета, трисоль, ресосорбилак, ксилат, сода-буфер,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, Явления кетоацидоза купированы, сохраняется гипергликемия в течение дня, нуждается в дальнейшей коррекции дозы инсулина, от контроля глик. профиля после перевода на Левемир отказался, настоял на выписке, несмотря на проводимую беседу. Диспептических явлений не отмечает. АД 110/70 мм рт. ст. Выписан по настоянию.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Левемир п/з- 20-22 ед., 22.00 20-22 ед. Новорапид: п/з 12-14 ед, п/о 12-14ед, п/у 10-12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: кардонат 1т 3р/д, тиотриазолин 200 мг 3р\д 1 мес., повторить ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Эналаприл 5 мг утром, Контр. АД.
8. Берлитион 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.
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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.