#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 851

##### Ф.И.О: Шумак Владимир Александрович

Год рождения: 1986

Место жительства: г. Херсон ул 250л. Херсона 26-58

Место работы: участник АТО (г. Мариуполь) сер НГ № 031361 ОБСН «Донбасс» в/ч 3057 инв Ш гр.

Находился на лечении с 11.07.15 по 24.07.15 в диаб. отд. (11.07.-13.07.15 в ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст.Артериальная гипертензия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Двухсторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст. (26.06.15) минно-взрывная травма. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1. Дисметаболическая энцефалопатия 1, с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м. Сообщающаяся гидроцефалия (по данным МРТ). Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Полип желчного пузыря. Хронический гепатоз. НФП 0 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, головные боли, шум в ушах, головокружение, снижение слуха на оба уха.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические (2012- 3 раза). С начала заболевания инсулинотерапия Хумулин, Протафан НМ, Актрапид НМ, но со слов больного в 2012 в связи с гипогликемическими состояниями был переведен на Новорапид, Левемир. В течение последнего года в связи с отсутствием аналогов по м\ж пользовался Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-8 ед., п/о-10 ед., п/у- 8ед., Протафан НМ п/з – 10 ед 22.00 – 8 ед. Гликемия –2,1-26,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Переведен из военного мобильного госпиталя в связи с гипергликемией, где находился с дообследованием по поводу снижения слуха. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.07.15 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр – 4,3 лейк – 57 СОЭ –2 мм/час

э-2 % п- 2% с- 61% л- 34 % м-1 %

23.07.15 Общ. ан. крови Нв –147 г/л эритр – 5,4 лейк – 5 СОЭ –2 мм/час

э-3 % п- 0% с- 65% л- 27 % м-5 %

11.07.15 Биохимия: хол –3,6 мочевина –2,9 креатинин – 2,9 бил общ –14,2 бил пр – 3,5 тим –1,59 АСТ – 0,14 АЛТ – 0,38 ммоль/л; бил общ – 73

13.07.15 хол – 3,4 триг – 0,87 ХСЛПВП 0,89 ХСЛПНП 2,1 катер 2,8

14.07.15 креатинин – 82,8 СКФ – 95,63 мл/мин

11.07.15 Амилаза – 10,5 (0-98) ед/л

11.07.15 Анализ крови на RW- отр

11.07.15 Гемогл – 141; гематокр – 0,43; общ. белок – 73 г/л; К – 3,69 ; Nа – 140 ммоль/л

11.07.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр –2,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 62%; св. гепарин – 26\*10-4

13.07.15 Проба Реберга: Д- 1,8л, d- 1,25мл/мин., S- 1,65кв.м, креатинин крови-82,8 мкмоль/л; креатинин мочи- 7800 мкмоль/л; КФ-123,5 мл/мин; КР- 99,0 %

### 12.07.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

### 23.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед мочевая кистло – ед.

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

13.07.15 Суточная глюкозурия – 3,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 17.07.15 Микроальбуминурия –51,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.07 |  | 12,7 | 12,3 | 3,0 | 6,9 |
| 13.07 | 6,5 |  | 13,7 | 9,6 | 5,6 |
| 14.07 | 12,2 |  | 13,7 | 4,9 |  |
| 16.07 |  | 14,4 | 11,6 | 14,2 | 15,7 |
| 18.07 | 8,6 | 10,0 | 6,7 |  |  |
| 19.07 |  |  |  | 7,6 | 10,5 |
| 21.07 | 11,8 | 7,6 |  |  |  |
| 22.07 | 7,5 | 5,1 | 4,7 |  | 9,7 |
| 23.07 | 10,8 |  | 3,0 | 9,9 |  |
| 24.07 2.00-11,1 | 6,6 |  |  |  |  |

13-17.07.15Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Сообщающаяся гидроцефалия ( по данным МРТ). Данных за межреберную невралгию нет. Острая сенсоневральная тугоухость.

15.07.15МРТ головного мозга: МРТ картина сообщающейся гидроцефалии

13.07.15Окулист: (осмотр в ОИТ)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены.Вены неравномерно расширены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.07.15ЭКГ: ЧСС - 57уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Признаки гипертрофии левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

14.0715Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

14.07.15 ФГ ОГК№ 88353 Легкие и сердце в норме. Костные структуры без особенностей.

13.07.15 ЛОР: Двухсторонняя острая сенсоневральная тугоухость.

22.07.15 Сурдолог: Двухсторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст 26.06.15 минно-взрывная травма.

22.07.15 Аудиограмма: АД шепотная речь 3,5 м, разговорная речь – 5,0м AS шепотная речь 2,5 м разговорная речь 5,0 м.

15.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

20.7.15 Хирург: Патологии не выявлено.

21.07.15Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

22.07.15Гастроэнтеролог: Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Полип желчного пузыря. Хронический гепатоз. НФП 0 ст.

20.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; образования в желчном пузыре, похожего на полип, на фоне застоя, нельзя исключить наличие микролитов в почках,

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Актрапид НМ, Протафан НМ, диалипон, кавинтон (винпацетин), пирацетам, мильгамма, L-лизин эсцинат, тиотриазолин, Новорапид, Левемир, кислота никотиновая.

Состояние больного при выписке: В связи с неустойчивой гликемией, лабильным течением СД, учитывая нахождение больного в АТО, комиссионно больной переведен на Новорапид, Левемир. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. Сохраняется шум в голове, головокружение, снижение слуха на оба уха.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта.
2. Диета № 9, режим питания, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-12-14 ед., п/о- 14-16ед., п/уж – 10-12 ед., Левемир 22.00 18-20 ед. В случае отсутствия аналогов: Актрапид НМ п/з 12-14ед, п/о 14-16ед, п/у 10-12 ед Протафан НМ 22.00 – 14-16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., 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. Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 1-2р. в год. Прием ингибиторов АПФ.
10. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
11. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, холоплант 1т 3р\д за 15 мин до еды 1 мес или хофитол 1т 3р\д 1 мес. Контр УЗИ ОБП после лечения.
12. Рек сурдолога: общеклиническое обследование. Энелбин ретард 100 мг 1т 3р\сут 1 мес, кардонат 1к /сут 1 мес. Контроль у сурдолога в динамике.
13. Рекомендован перевод в терапевтическое отд. госпиталя МВД для лечения сопутствующей патологии - Двухсторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст. (26.06.15) минно-взрывная травма, от чего больной отказывается, настаивает на выписке.
14. Учитывая наличие СД, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям; осложнения СД; сопутствующую патологию рекомендовано: соблюдать режим питания, отсутствие стрессовых ситуаций, отсутствие шума, пыли.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.