#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 354

##### Ф.И.О: Говоровский Максим Юрьевич

Год рождения: 1996

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Пушкина 17а

Место работы: н/р, инв Шгр

Находился на лечении с 15.03.16 по 21.03.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое стояние 1. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, на фоне кетоацидоза, цереброастенический с-м. эмоционально-волевые расстройства. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хронический панкреатит, фаза обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 18-20ед., п/о-16-18 ед., п/у- 10-12ед., Протафан НМ 22.00 22-24 ед. Гликемия – 18,3ммоль/л. Последнее стац. лечение в 02.2016г. Боли в н/к в течение 6 лет. Ухудшение состояния с 14.01.16, получал стац лечение в Вольнянской ЦРБ по поводу кетоацидотического состояния. (выписной эпикриз прилагается). По согласованию с нач медом переведен в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии,

Данные лабораторных исследований.

16.03.16 Общ. ан. крови Нв – 132г/л эритр –4,2 лейк – 11,7СОЭ –7 мм/час

э- 2% п- 5% с- 80% л- 10 % м- 3%

21.0316 Лейк – 7,4

16.03.16 Биохимия: хол –4,98 мочевина – 3,6 креатинин – 262,2 бил общ –13,5 бил пр – 3,4тим –3,1 АСТ – 1,12 АЛТ – 2,49 ммоль/л;

17.03.16 Амилаз – 136 (0-90) диастаза – 329,0 ( 0-450)

17.03.16 Амилаз – 158,16 (0-90) диастаза – 216,15 ( 0-450)

16.03.16 Гемогл – 132; гематокр –0,43 ; общ. белок – 67,4 г/л; К –4,0 ; Nа – 132 ммоль/л

16.03.16 К – 3,51момль/л

18.03.16 К – 4,37 момль/л

16.03.16 Коагулограмма: вр. сверт. – 9 мин.; ПТИ – 100 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

19.03.16 Проба Реберга: Д-3,5 л, d- 2,43мл/мин., S- 1,69кв.м, креатинин крови- 125мкмоль/л; креатинин мочи-5278 мкмоль/л; КФ-105 мл/мин; КР- 98,6%

### 16.03.16 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –3+++; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 18.03.16 ацетон - отр

17.03.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500эритр - белок – отр

19.03.16 Суточная глюкозурия – 2,0%; Суточная протеинурия – 0,126

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.03 | 19,3 | 17,6 | 7,5 | 6,7 | 8,4 |
| 18.03 | 7,4 | 6,4 | 16,2 | 12,6 | 7,8 |
| 20.03 | 15,2 | 7,6 | 6,4 | 6,4 | 10,1 |

16.03.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, на фоне кетоацидоза, цереброастенический с-м. эмоционально-волевые расстройства.

16.03.16Окулист: (осмотр в ОИТ)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.03.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

16.03.16 Хирург: Хронический панкреатит, фаза обострения.

02.2016Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.03.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, с увеличением её размеров, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр панкреатита, изменений диффузного типа в паренхиме правой почки.

Лечение: фуросемид, лесфаль, контривен, аспаркам, атоксил, платифилин, Актрапид НМ, Протафан, гепарин омепразол, цефтриаксон,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Нуждается в продолжении стац целения для коррекции инсулинотерапии, однако настаивает на выписке по семейным обстоятельствам, о чем есть заявление в истории болезни.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-18-20 ед., п/о- 16-18ед., п/уж – 10-12ед., Протафан НМ 22.00 22-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Берлитион (диалипон) 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.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.