#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 634

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

Год рождения: 1992

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

Место работы: ООО «ТД Метида» менеджер, инв Ш гр

Находился на лечении с 17.05.16 по 31.05.16 в энд. отд. (ОИТ 17.05.16-20.05.16)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние 1 ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия. ПМК СН 0. НЦД по смешанному типу. Хронический гастродуоденит в стадии обострения. ДЖП по гипомоторному типу.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 110/70 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния в разное время суток, снижение веса.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ В 2004 в связи с декомпенсацией СД переведен на Лантус, Эпайдра. В 2005 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-12 ед., п/о-12 ед., п/у-10 ед., Левемир п/з – 20 ед, 22.00 – 20 ед. Ухудшение состояния с 16.05.16 связывает с физическим перенапряжением.17.05.16 госпитализирован ургентно в ОИТ ОКЭД в кетоацидотическом состоянии. В анамнезе бронхиальная астма с 2007, в 2015 выявлена язвенная болезнь. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.05.16 Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр – 4,0 лейк –12,4 СОЭ –10 мм/час

э-2 % п- 2% с-75 % л-19 % м- 2%

23.05.16 Общ. ан. крови Нв –156 г/л эритр – 4,6 лейк – 3,5СОЭ –7 мм/час

э-1 % п-1 % с-63 % л- 32% м- 3%

18.05.16 Биохимия: хол –4,5 тригл – 1,33 ХСЛПВП -1,22 ХСЛПНП -2,7 Катер -2,7 мочевина – 2,9 креатинин –160 бил общ –24 бил пр – 3,8 тим – 2,6 АСТ – 0,31 АЛТ – 0,17 ммоль/л;

23.05.16 СКФ –91 мл./мин, мочевина –4,7 креатинин –99 бил общ – 11,4 бил пр –4,2 тим – 6,3 АСТ – 1,11 АЛТ – 1,38 ммоль/л;

25.05.16 тим – 7,2

19.05.16 Глик. гемоглобин – 13,3%

25.05.16 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

17.05.16 Гемогл –167; гематокр – 0,52; общ. белок – 77,4 г/л; К – 4,1 ; Nа 146 ммоль/л

19.05.16 К – 4,17ммоль/л

17.05.16 Коагулограмма: вр. сверт. –17 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6\*10-4

### 17.05.16 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк 0-1 в п/зр белок – 4+++ ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

С 20.5.16 ацетон - отр

18.05.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

23.05.16 Суточная глюкозурия – 5,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 27.05.16 Микроальбуминурия –59,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  Профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.05 |  |  | 8,3 | 5,3 | 4,9 |
| 19.05 | 6,3 | 10,8 | 16,3 | 6,4 | 6,6 |
| 21.05 | 9,5 | 12,9 | 14,2 | 11,4 |  |
| 22.05 | 10,5 | 11,5 | 8,4 |  |  |
| 23.05 | 11,9 | 8,9 |  | 14,0 |  |
| 25.05 | 10,5 |  |  |  |  |
| 26.05 | 16,4 |  |  | 12,7 |  |
| 27.05 | 14,4 |  |  |  |  |
| 30.05 |  |  |  | 4,8 |  |
| 31.05 | 6,6 |  |  |  |  |

18.05.16Невропатолог: Дисциркуляторная дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение.

19.05.16Окулист: (осмотр в ОИТ)

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

18.05.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

18.05.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. ПМК СН 0. НЦД по смешанному типу.

24.05.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.05.16Гастроэнтеролог: Хронический гастродуоденит в стадии обострения. ДЖП по гипомоторному типу.

20.05.16РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. .

20.5.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,5 см3; лев. д. V = 6,8 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, энтеросгель, альмагель, тиоктацид, квамател, аспаркам, тиотриазолин, витаксон ,кардонат, луцетам, аспаркам, ККБ ксилат, реамбирин, трисоль, реосорбилакт, р-р Дарроу.Хумодар Р100Р, прозерин, фуросемид, тиоктодар, сода-буфер.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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: Новорапид п/з- 12-14ед., п/о-14-16 ед., п/уж -14-16 ед., Левемир п/з 24-26ед, 22.00 - 22 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. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
8. Тиоктодар (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.,
9. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
11. Рек. гастроэнтеролога: гастронорм 2т 2р/д за 30 мин до еды 2 нед, урсоност 150 мг 1т на ночь 1 мес. повторный осмотр после дообслеование УЗИ ОБП рН метрия ФГДС с уреазным тестом.
12. 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.
13. Контроль печеночных проб, АСТ, АЛТ в динамике.
14. Б/л серия. АГВ № 235290 с 17.05.16 по 31.05.16. К труду 01.06.16.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.