#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1600

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

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Запорожье, пр Моторостроителей 26а- 47

Место работы: ООО «ТБ Метида» инженер, инв Ш гр

Находился на лечении с 14.11.17 по 20.11.17 в энд. отд. (14.11.17-17.11.17 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, церебрастенический с-м. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Подкожный панариций 1 п. пр. стопы в стадии разрешения. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз Посттравматическая эрозия роговицы OS. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимал Актрапид НМ, Протафан НМ, Эпайдра, Лантус. С 2009 перееден на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Левемир п/з- 26ед., п/у-24 ед., Новорапид п/з- 16ед., п/о-16 ед., п/у-16 ед., Гликемия –2,0-28 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 07.2017 г. АИТ без увеличения щит железы с 2016 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 100 (0-30) МЕ/мл от 10.2016. Ухудшении состояния в течение 2х суток после погрешности в диетотерапии, доставлен родственниками. Ургентно госпитализирован в ОИТ обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 14.11 | 160 | 4,8 | 15,2 | 6 | 1 | 12 | 72 | 13 | 2 |
| 16.11 | 140 | 4,2 | 7,2 | 18 | 1 | 6 | 59 | 32 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.11 |  |  |  |  |  |  | 5,3 | 285 | 20,5 | 4,6 | 6,6 | 0,26 | 0,26 |
| 16.11. | 120 |  |  |  |  |  |  | 76 |  |  |  |  |  |

14.11.17 Гемогл – 160 ; гематокр – 0,54 ; общ. белок – г89/л; К – 4,97; Nа – 135 ммоль/л

16.11.17 К – 3,1 ; Nа 140ммоль/л

14.11.17 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ – 83%; фибр – 3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4

16.11.17 Проба Реберга: креатинин крови-76 мкмоль/л; креатинин мочи- 6160 мкмоль/л; КФ- 149,8мл/мин; КР- 98,8 %

### 14.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –4+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

С 16.1.117 ацетон – отр.

16.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - 500 белок – 0,025

16.11.17 Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – 0,06

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.11 |  |  | 16,3 | 8,7 | 8,0 |
| 15.11 2.00-10,5 | 9,3 | 10,3 | 4,7 | 11,9 | 11,4 |
| 16.11 | 4,2 | 5,9 | 9,3 | 7,2 | 10,0 |
| 18.11 |  | 12,2 |  |  |  |

10.2016Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, церебрастенический с-м.

14.11.17 Окулист: OS на роговице повреждений в оптической зоне. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Гр четкие, сосуды широкие, слегка извиты, стенки вен уплотнены, Венный пульс усилен. Д-з: Посттравматическая эрозия роговицы OS

07.2017Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

15.11.17 Хирург: Подкожный панариций 1 п. пр. стопы в стадии разрешения.

02.2016 УЗИ 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 единичным расширенными фолликулами до 0,3 см Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, Актрапид НМ, берлитион, левофлоксацин, энтеросгель, альмагель, квамател, ККБ, тиоктацид, лесфаль, анальгин, димедрол, ципрофарм, перевязки с бетадином, цетрин, олфен.

Состояние больного при выписке: Явления кетоацидоза купированы, сохраняется неустойчивая гликемия в течении суток, пациент нуждается в дообследовании, дальнейшей коррекции дозы инсулина. В настоящее время от дальнейшего лечения категорически отказывается, настаивает на выписке их отделения, о возможных осложнениях предупрежден, имеется запись в истории болезни. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10-14 ед., п/о- 12-16ед., п/уж -12-16 ед., Левемир п/з 24 ед, 22.00 24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Конс. кардиолога, невропатолога, ангиохирурга по м/ж ( в эндодиспансере отказался)
6. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
8. Рек хирурга: перевязки с бетадином, димексидом 3к1 2р/д, 5-7 дней, левофлоксацин500 мг 2р/д, до 7 дней ( принимает с 15.11.17). Повторный осмотр хирурга по м/ж
9. УЗИ щит. железы, контроль ТТГ по м/ж ( в эндодиспансере отказался).
10. Контроль ОАК в динамике.
11. Б/л серия. АДГ № 671678 с 14.11.17 по 20.11.17. к труду 21.11.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.