#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1198

Ф.И.О: Дроздовский Руслан Вадимович

Год рождения: 1994

Место жительства: Новониколаевский р–н, пгт Новониколаевка ул. Магистральная 4-8

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 29.08.17 по 11.09.17 в диаб. отд. (ОИТ 29.08.17-04.09.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 2 ст. (29.08.17). ХБП II, диабетическая нефропатия IV. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 7). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. 1 ст. Дисметаболическая энцефалопатия 1, выраженный цереброастенический с-м, с-м зависимости от опиоидов. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Миопия слабой степени ОИ.

Жалобы при поступлении больной заторможен, сопорозен, продуктивному контакту недоступен, отмечает тошноту рвоту, сухость во рту, жажду, боли в эпигастрии

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические и кетоацидотические состояния на фоне нарушения режима введения инсулина. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, Фармасулин 30/70, с 2015 Инсуман Рапид, Инсуман Базал. Доставлен СМП ацетон мочи 4+, сахар крови 21,8 ммоль/л (в течение суток не вводил инсулин). Ургентно госпитализирован в ОИТ. В анамнезе наркозависимость от опиодов в форме постоянного приема. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-16 ед., п/о- 12ед., п/у- 14ед., Инсуман Базал 22.00 - 24 ед. Последнее стац. лечение в 25.07.17г ургентно в кетоацидотическом состоянии из-за нарушения режима введения инсулина. 27.08.17 пациент самостоятельно покинул отделение. 31.07.17 был выписан за нарушение внутрибольничного режима.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 29.08 | 157 | 4,7 | 14,4 | 14 | 1 | 1 | 76 | 21 | 1 |
| 31.08 | 143 | 4,3 | 8,3 | 22 | 2 | 5 | 61 | 28 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 29.08 |  | 4,9 |  |  |  |  | 8,0 | 26,7 | 12,5 | 3,1 | 9,6 | 0,48 | 1,5 |
| 08.09 | 60 |  |  |  |  |  | 3,3 | 139 | 10,2 | 2,5 | 4,8 | 1,54 | 2,2 |

31.08 Амилаза -81,7

29.08.17 К – 5,63; Nа – 138,3 Са++ -1,18 С1 -99 ммоль/л

29.08.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 9 мин.; ПТИ – 102,7 %; фибр – 3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин –6

01.09.17 К – 4,9 Na -132

03.09.17 К – 5,3 Na 137,9

31.08.17 Проба Реберга: креатинин крови- 119мкмоль/л; креатинин мочи- 9625 мкмоль/л; КФ- 119мл/мин; КР- 98,6 %

### 29.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –4+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр, осколки мочевой кислоты

С 09.09.17 ацетон - отр

30.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

31.08.17 Суточная глюкозурия – 0,47%; Суточная протеинурия – 0,058

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.08 |  | 21,9 | 4,8 | 7,2 | 6,8 |
| 31.08 | 5,7 | 10,1 | 5,5 | 15,2 | 10,6 |
| 02.09 | 10,5 | 12,1 | 9,0 | 8,3 |  |
| 04.09 | 9,5 | 16,4 | 17,2 | 7,4 |  |
| 05.09 | 15,5 | 11,9 | 9,0 | 10,0 |  |
| 07.09 | 8,5 | 5,7 | 8,1 |  |  |
| 09.07 2.00-8,8 | 7,4 | 6,8 |  |  |  |

29.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 7), Дисметаболическая энцефалопатия 1, выраженный цереброастенический с-м, с-м зависимости от опиоидов. Рек: нуклео ЦМФ 2,0 в/м № 10, актовегин 5,0 в/в, а-липоевая кислота 60 в/в кап

29.08.17Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умеренно извиты, венный пульс сохранен. В макулярной области без особенностей Д-з: миопия слабой степени ОИ.

31.08.17 На р-гр ОГК легкие без очаговых и инфильтративных теней сердце – срединное положение.

29.08.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ.

29.08.17Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т2р/д 1 мес, ивабралин 5 мг 2р\д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

29.08-31.08.17Хирург: функциональная диспепсия на фоне кетоацидоза . Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

07.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, энтеросгель, альмагель, реамбирин, ксилат, трисоль, реосорбилакт, сода, р-р дарроу, глюкоза 5%, пирацетам, метоклопромид, фуросемид, атоксил, гепарин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. Ацетон мочи – отр. Диабетические жалобы не беспокоят.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-14-16 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -18-20 ед., Инсуман Базал 22.00 28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. С целью нефропротекции эналаприл 2,5 мг утром под контролем АД.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес.
8. ЭХОКС по м/ж в плановом порядке с послед конс. кардиолога.
9. Лечение в наркологическом отд.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В