#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1074

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

Год рождения: 1992

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

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

Находился на лечении с 27.07.17 по 31.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Выберите элемент.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на тахикардия сухость во руте, одышку, слабость, тошноту, рвоту до 6р/сут. нечеткость зрения повышение температуры тела вечером, однако термометром не измеряла. В течение 4 дней снижение аппетита. Последние 2дня не ел ( причину не указал) инсулин вводил в меньших дозах, судороги, онемение снижение чувствительности н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г (с 6 лет) в кетоацидотическом состоянии. Сначала зобелевания Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2004всвязи с декомпенсацией переведен на Эпайдра, Лантус. В 2005 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведен на Левемир, Новорапид . Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 14ед., п/о- 14ед., п/у- 14ед., Левемир 8.00 – 26 ед, 22.00 – 24-26ед. Гликемия –3,8-2,8-28 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 10.2016г. Бронхиальная астма в течение 6 лет, приступы удушья в дневное время 1-2р/мес, использует ингалятор по требованию ( название не помнит). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 27.07 | 162 | 4,9 | 21,2 | 5 | 1 | 4 | 82 | 11 | 2 |
| 29.07 | 139 | 4,2 | 4,7 | 10 | 0 | 2 | 64 | 30 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.07 |  |  |  |  |  |  | 4,2 | 465 | 22,7 | 5,9 | 6,0 | 0,28 | 0,58 |
| 29.07 |  |  |  |  |  |  | 3,4 | 1,0 | 21,5 | 5,2 |  |  |  |
| 31.07 |  |  |  |  |  |  |  |  | 16,0 | 4,0 |  |  |  |

27.07.17 Амилаза -58,0 (0-90) ед/л

29.07.17 Диастаза – 89,6 (0-450) ед/л

27.07.17 Гемогл –162 ; гематокр – 0,52 ; общ. белок – 86 г/л; К – 5,08 ; Nа –133,5 ммоль/л

28.07.17 Гемогл –140 ; гематокр – 0,45

27.07.17 К –5,08 ; Nа – 133 Са - Са++ -1,52124 С1 - ммоль/л

28.07.17 К – 3,7 Na 142,9

30.07.17 К – 4,8 Na 142,9

31.07.17 К – 4,4

27.07.17 Коагулограмма: вр. сверт. –11 мин.; ПТИ –78 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 88%; св. гепарин – 8\*10-4

### 27.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –0-1-2ед в п/зр белок – 0,033 ацетон –4+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 29.07.17 ацетон - отр

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

.07.17 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – отр

##### .07.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 27.07 |  | 13,5 | 11,3 | 11,7 | 13,3 |
| 28.07 | 5,9 | 5,7 | 4,2 | 8,2 | 10,0 |
| 29.07 | 10,2 | 10,2 | 7,1 | 6,5 | 7,5 |
| 30.01 | 10,3 | 9,8 | 9,7 | 7,4 | 3,2 |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

28.07.17 Окулист:

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды широкие, извиты, единичные микроаневризмы геморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

27.07.17 ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка В V1-2 регистрируется з. Q в V1-3 доем з. Т на 2-2,5 мм (ишемия?)

28.07.17 Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 0-1

Рек. кардиолога: небивалол 1,25-2,5 мг, предуктал MR 1т 2р\дд, тиотриазолин 2,5 \*4,0в/в.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. функциональная диспепсия на фоне кетоацидоза .Рек: альмагель нео (энтеросгель) 1л3р\д 5 5 дней,но-шап 1т 1р\д, омез 20 мг 1к 4р/д 5 дней,

07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир энтеросгель, альмагель, кокарбоксил, лесфаль, берлитион, прозерин, метоклопромид, прозерин, аспаркам, небивалол, омез, предуктал MR, но-па,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Левемир 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. 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.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Б/л серия. АГВ № 2358 с .07.17 по .07.17. к труду .07.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.