#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни №

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

Год рождения: 1992

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

Место работы: ООО «ТД Икар +» менеджер инв Ш гр

Находился на лечении с 15.09.18 по  25.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1-II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. ДЭП I ст, церебрастенический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I

Жалобы при поступлении на тошноту, многократную рвоту съеденной пищей и желчью ,сухость во рту, жажду, судороги в икроножных мышцах, боли в н/к

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические и кетоацидотические состояния на фоне погрешности в питании. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2014. Лантус, Новорапид. С 04.2018 Тожео, Новорапид. Состояние ухудшилось 14.09.18 после погрешности в питании, появились вышеописанные жалобы Доставлен родственниками на приемный покой, глюкоза крови 17,0 ммоль/л, ацетон мочи (++++). Ургентно госпитализирован в ОИТ.

Анамнез жизни: С 10.2016 выявлен АИТ без увеличения объема щит железы, эутиреоз. АТТПО – 100 (0-30) МЕ/мл от 2016.

Страховой анамнез: л/н АДГ №671967 с 13.04.18 по 02.05.18. к труду 03.05.18 (СД).

л/н серия. АДЛ № 177571 11.06.18 по 18.06.18 труду 19 .06.18 (СД).

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 15.09 | 168 | 5,0 | 21,2 | 3 | |  | | 0 | 15 | 75 | 9 | | 1 | | |
| 16.09 | 151 | 4,5 | 14,1 | 3 | |  | | 1 | 15 | 61 | 16 | | 5 | | |
| 16.09 | 137 | 4,1 | 5,0 | 10 | |  | | 4 | 3 | 61 | 29 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 15.09 |  |  |  |  |  | |  | 4,6 | 350 | 18,6 | 4,2 | 8,7 | | 0,42 | 0,57 |
| 17.09 |  |  |  |  |  | |  |  | 291 |  |  |  | |  |  |
| 19.09 |  |  |  |  |  | |  | 2,92 | 59 |  |  |  | |  |  |

15.09.18 Амилаза 46,1

25.09.18 Глик гемоглобин -

15.09.18 Гемогл – 168; гематокр – 0,51 ; общ. белок – 96 г/л; К –4,4 ; Nа 140 ммоль/л

16.08.18 К – 3,91 Na – 141,6

19.09.18 К – 4,85 Na - 140

15.09.18 АТЧТТ – 21 МНО 1,21 ПТИ – 82,0. Фибр 2,9 вр св – 10,1

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

С 17.09.18 ацетон - отр

16.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – отр

21.09.18 Суточная глюкозурия – 3,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.09.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.09 |  |  |  | 17,0 | 11,8 |
| 16.09 2.00-6,8 | 9,0 | 10,1 | 10,1 | 10,4 | 9,8 |
| 18.09 2.00-9,5 | 13,1 | 11,8 | 7,3 | 6,5 |  |
| 20.09 | 18,9 | 6,7 | 9,4 | 16,5 | 19,5 |
| 21.09 | 13,5 |  |  |  |  |
| 22.09 | 12,6 |  |  |  |  |
| 24.09 | 6,9 | 8,1 | 16,6 | 17,0 | 3,7 |

19.04.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДЭП 1 ст, церебрастенический с-м.

13.04.18 Окулист: ДЗН бледно розовые, гр четкие, сосуды широкие, умеренно извиты, стенки вен уплотнены. В макулярной области без особенностей

15.09.18ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

13.06.158 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

18.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

25.09.18 Гепатолог:. ++

21.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, , нельзя исключить наличие микролитов в почках.

Лечение: Новорапид, Тожео кораксан, цефипим, лирика, нуклео ЦМФ, стерофундин, сода буфер, реосорбилакт, энтеросгель, ондансетрон, трисоль, натрия тиосульфат, лесфаль, омепразол, тиотриазолин, тиогамма турбо, рингер, ксилат, глюкоза 5%, калия хлорид, Хумодар Р100Р, маалокс, диклофенак, йогурт, аспаркам фуросемид, юнорм, парацетамол,

Состояние больного при выписке: на фоне проводимой терапии явления кетоацидоза купированы, ацетон мочи – отр с 17.09.18, несколько уменьшились боли в н/к. Согласно нормативной базе пациенту показан перевод на генно-инженерные виды инсулина ( глик гемоглобин более 7,5%), от которого он отказался. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» .Подобрана доза Тожео, отмечается гипергликемия в течение дня на фоне нарушения режима введения инсулина. АД 120/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-16-18 ед., п/о- 14-16ед., п/уж -14-16 ед., Тожео 22.00 52-54 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
7. Кораксан 7,5 мг ½ т 2р/ д контроль ЧСС, лирика 75 мг 1т 2р/д 1 мес, нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
9. Б/л серия. АДЛ № 177734 с 15.09.18 по 25.09.18 к труду 26.09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.