#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 738

##### Ф.И.О: Белка Александр Иванович

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Запорожье ул. Чаривная 155а-35

Место работы: инв II гр

Находилась на лечении с 26.05.18. по 04.06.18 в диаб. отд. (ОИТ с 26.05.18 по 01.06.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние I ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Синдром вегетативной дисфункции, астено-невротический с-м. Хронический гастродуоденит в ст.обостения. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Н.руlori отрицательный. Хр.панкреатит в ст.нестойкой ремиссии. С нарушением внешне- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, тошноту, многократную рвоту, резкую общую слабость, головокружение, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли, онемение в н/к, тяжесть в эпигастрии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о-8 ед., п/у-8 ед., Лантус п/з 30 ед. Ухудшение состояния в течение последних 4 дней. Последнее стац. лечение с 27.03.18-.06.04.18 в ГБ №4 в связи с кетоацидозом на фоне обострения хр.гастродуоденита, хр.панкреатита. От 26.05.18 глюкоза крови 19,5-16,6 ммоль/л, ацетон мочи 4+, направлен в ЗОЭД, ургентно госпитализирован в ОИТ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 26.05 | 135 | 4,3 | 6,7 | 5 | |  | | 1 | 1 | 70 | 24 | | 2 | | |
| 01.06 |  |  | 5,7 | 7 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 26.05 | 44,4 |  |  |  |  | |  | 3,7 | 163 | 15,1 | 4,0 | 2,0 | | 0,12 | 0,33 |
| 29.05 |  | 3,25 | 1,55 | 1,3 | 1,23 | | 1,5 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 01.06 | 69,7 | 5,48 | 1,84 | 1,44 | 3,19 | | 2,8 | 4,1 | 104 | 9,0 | 2,1 | 3,0 | | 0,28 | 0,33 |

26.05.18 Амилаза – 15,8

30.05.18 Амилаза – 67,2

01.06.18Амиалаз 13,4

31.05.18 Глик. гемоглобин -9,6 %

26.05.18 АЧТЧ – 24,2 МНО 1,12 ПТИ – 89 фибр 2,9

26.05.18 Гемогл – 135 ; гематокр – 0,4 ; общ. белок – 64 г/л; К – 4,3 ; Nа – 133,2 ммоль/л

27.05.18 К –3,88 ; Nа – 135,7 Са++ - С1 - ммоль/л

30.05.18 Проба Реберга: креатинин крови- 91мкмоль/л; креатинин мочи- 4180 мкмоль/л; КФ-99,2 мл/мин; КР- 97,6 %

### 26.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 28.05.18 ацетон - отр

27.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - 250 белок – 0,03

30.05.18 Суточная глюкозурия – 0,7 %; Суточная протеинурия – 0,167 г/сут

##### 01.05.18 Микроальбуминурия –57,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.05 |  | 14,3 | 10,2 | 6,2 | 5,7 |
| 27.05 2.00-8,8 | 10,6 | 13,6 | 4,2 | 8,0 | 11,9 |
| 29.05 | 13,3 | 8,6 | 11,5 | 9,5 |  |
| 30.05 | 8,3 | 13,9 | 14,1 | 10,2 |  |
| 01.05 2.00-9,0 | 16,5 | 6,0 | 5,2 | 10,2 | 8,3 |
| 01.06 | 12,5 | 9,9 | 9,0 | 5,9 | 5,5 |
| 03.06 | 10,3 | 7,5 | 5,2 | 7,4 | 8,1 |
| 04.06 2.00-10,6 | 9,5 |  |  |  |  |

29.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5)., СВД, атенонеровтический с-м рек: глицин 2т 3р/д под язык, келтикан 3р 2р/д. акатовегин 10,0 в/в

30.5.18 ФГДЭС: уреазный тест – отр, недостаточность кардии. Рефлюкс эзофагит. Эритематозная гастродуоденопатия. Дуодено- гастральный рефлюкс.

01.06.18 Хирург: хр. гастродуоденит, обострение. хр. панкреатит с нарушением внеше и внутрисекреторной функции , обострение?. Болевой и диспепсический с-м. Стеноз БСДК: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

30/05/18 Гастроэнтеролог: Хронический гастродуоденит в ст.обостения. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Н.руlori отрицательный. Хр.панкреатит в ст.нестойкой ремиссии. С нарушением внешне- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Р-но: Стол №1, №9. Омез 20 1 т 2р/д за 15-20 мин до еды, при неэффективности контролок 40 мг 1т 2р/д за 1 час до еды)-14 дней, де-нол по 2т 2р/д за 30 мин до еды-14 дней. Итомед 1т 2р/д-14 дней, урсосан 250 мг 1 к 2р/д-14 дней, креон 25тыс 3р/д-14 дней, повт.осмотр после лечения.

29.05.18 РГ ОГК: легкие и сердце в норме.

05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

Лечение: Хумодар Р100Р, Лантус, Эпайдра, атоксил, альмагель, диалипон, гепарин, лесфаль, калия хлорид, актовегин, креон, дефенорм, анальгин, индопрес, лозап, метоклопрамид, геласпан, трисоль, реосорбилакт, рингер, сода-буфер,ксилат, каптоприл, панангин, но-шпа, гастро-норм, урсосан,

Состояние больного при выписке: Общее состояние несколько улучшилось, явления кетоацидоза купированы, гликемия днем в пределах целевого уровня, сохраняется гипергликемия натощак, несколько уменьшились явления обострения гастродуоденита. гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст. У пациента глик.гемоглобин- 9,6%, показан перевод на генно-инженерные виды инсулина. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» От перевода на генно-инженерные инсулины отказался. Произведена коррекция доз Лантуса, Эпайдры. Выписан по настоянию.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Наблюдение и лечение у гастроэнтеролога,рекомендации даны (см.выше)
3. Диета № 1, 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
5. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 12-14 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 8,00 38-40 ед с последующей коррекцией дозы Лантуса под наблюдением эндокринолога по м/ж до достижения целевого уровня гликемии натощак.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: индопрес 1,5 мг 1 т натощак, лозап (клосарт) 25 мг 1 т утром. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 3р/д-1 мес, глицин 2т 3р/д.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.