#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 801

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

Год рождения: 1992

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

Место работы: ООО «ТД Икар» менеджер

Находился на лечении с 11.06.18. по 18.06.18 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). 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 выраженную одышку, слабость, тошноту, рвоту, дискомфорт в эпигастрии, сухость во рту, жажду, полиурию, боли и онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., при поступлении заторможен.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические и кетоацидотические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2004. Лантус, Новорапид. С 2009г- Левемир, Новорапид. С 04.2018 Тожео, Новорапид. Состояние ухудшилось в течение суток (связывает с перегревом на солнце), появились рвота, тошнота, сухость во рту. Доставлен к кетоацидотическом состоянии на п/п в сопоре, глюкоза крови 20,0 ммоль/л, ацетон мочи (++++). В наст. время принимает: Новорапид п/з- 14-16ед., п/о- 16-18ед., п/у- 14-16ед., Тожео 8.00 – 50 ед. НвАIс – 11,4 % от 17.04.18. Последнее стац. лечение в 2018г. 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 02.0.5.18. к труду 03.05.18 (СД).

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 16.06 | 144 | 4,3 | 4,1 | 7 | |  | |  |  | 58 | 31 | | 11 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.06 | 20,6 | 7,59 | 2,73 | 2,6 | 3,74 | | 1,9 | 7,5 | 442 | 10,1 | 2,5 | 7,2 | | 0,69 | 0,87 |

11.06.18 Амилаза – 38,2

11.06.18 Гемогл – 1,74 ; гематокр – 0,54 ; общ. белок – 89 г/л; К –4,8 ; Nа –133 ммоль/л

15.06.18 К – 3,92 ; Nа – 134 ммоль/л

18.06.18 К – 4,9 ; Nа – 139 ммоль/л

16.06.18 Проба Реберга: креатинин крови-87 мкмоль/л; креатинин мочи- 4620 мкмоль/л; КФ-125,4 мл/мин; КР- 98,1 %

### 11.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2-3 в п/зр белок – 1-2 ацетон –4+; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

С 15.06.18 ацетон – отр

.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

17.06.18 Суточная глюкозурия – 1,98%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.06 | 25,1 | 14,5 | 9,4 | 12,9 | 9,2 |
| 12.06 | 11,7 | 114 | 14,1 | 7,1 | 7,4 |
| 14.06 | 174,2 | 10,2 | 15,1 | 6,7 | 11,5 |
| 15.06 | 12,7 | 12,5 | 12,3 | 7,9 |  |
| 16.06 2.00-15,0 | 15,0 | 15,7 | 12,8 | 9,9 | 9,8 |
| 17.06 2.00-14,9 | 13,3 | 8,2 | 10,7 | 3,5 | 16,2 |
| 18.06 | 8,7 |  |  |  |  |

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

13.06.18 Окулист:Оценить состояния глазного дна невозможно т.к. осмотр проводится с узким зрачком. Гл. дно: границы четкие вены расширены артерии умеренно сужены.

11.06.18 ЭКГ: ЧСС -106 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

17.04.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

12.06.18 Хирург: функциональня диспепсия на фоне кетоацидоза.

12.06.18 На р- грн ОГК легкие без инфильтрации, обогащение легочного рисунка в н/отд, сердце – умеренно увеличен левый желудочек.

Лечение: Генсулин Р, новорапид, Тожео, трисоль, ксилат, сода-буфер, реосорбилакт, атоксил, лесфаль, энтеросгель, берлитион, метоклопрамид, гепарин, спазмалгон, цефтриаксон, вазилип, метронидазол, диклофенак

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, явления кетоацидоза купированы, настаивает на выписке по семейным обстоятельствам, о последствиях предупрежден.

Пациент ознакомлен с постановлением КМУ № 239 от 29.03.16, предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина в случае неудовлетворительной компенсации ( глик гемоглобин более 7,5%).

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-14-16 ед., п/о- 16-18 ед., п/уж – 14-16ед., Тожео 8.00 50-54 ед.(нуждается в титрации дозы)
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром, Контр. АД.
8. УЗИ жит.железы, ТТГ 1 раз в год.
9. Б/л серия. АДЛ № 177571 с 11.06.18. по 18.06.18 к труду 19 .06.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.