#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 534

##### 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 13.04.18 по 02.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

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

Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

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

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. 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 сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, пекущие боли в подошвенной части стоп, приступы сердцебиений.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. (в 6 летнем возрасте) после ОРВИ, Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан НМ.). С ++ в связи с декомпенсацией СД переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 14-16ед., п/о-16 ед., п/у-15 ед., Левемир п/з 28 ед, п/у 26 ед . Гликемия –13,2-27,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 11.2017г. Бронхиальная астма с 2011. С 10.2016 выявлен АИТ без увеличения объема щит железы, эутиреоз. АТТПО – 100 (0-30) МЕ/мл от 2016. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.04 | 152 | 4,5 | 7,3 | 3 | | 300 | | 2 | 2 | 70 | 24 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.04 |  |  |  |  |  | |  | 3,3 | 78 | 20,8 | 4,4 | 4,05 | | 0,6 | 0,75 |
| 17.04 | 103 | 5,39 | 2,21 | 1,37 | 3,0 | | 2,9 | 4,8 | 89 | 16,8 | 4,1 | 2,9 | | 0,72 | 0,28 |

13.04.18 Амилаза 48,8

17.04.18 Глик. гемоглобин -11,4 %

13.04.18 Анализ крови на RW- отр

13.04.18 Гемогл –152 ; гематокр – 0,48 ; общ. белок –85 г/л; К – 3,62; Nа –137,2 ммоль/л

13.04.18 АЧТЧ 1,38 ПТИ 75 фибр 2,9

17.04.18 К –4,79 ; Nа – 132,3 Са++ -1,17 С1 - 98 ммоль/л

15.04.18 Проба Реберга: креатинин крови-83 мкмоль/л; креатинин мочи-4180 мкмоль/л; КФ-117,6 мл/мин; КР- 97,9 %

### 13.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

25.04.18 Суточная глюкозурия – 1,72 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.04.18 Микроальбуминурия –106,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.04 |  | 4,3 | 7,0 | 8,7 |  |
| 15.04 | 12,2 | 14,6 | 6,3 | 8,7 |  |
| 17.04 2.00-13,2 | 12,3 | 14,8 | 7,3 | 14,6 |  |
| 18.04 2.00-14,2 | 15,1 | 11,7 | 4,9 | 4,3 | 5,9 |
| 20.04 2.00-6,6 | 6,5 | 12,8 | 6,0 | 19,8 |  |
| 21.04 | 6,8 | 4,6 | 6,2 | 10,3 |  |
| 22.04 2.00-8,1 | 15,1 | 9,0 | 16,7 |  |  |
| 23.04 | 16,4 | 9,4 | 4,8 | 16,0 |  |
| 25.04 | 14,2 | 10,9 | 15,5 | 12,6 |  |
| 26.04 | 10,4 |  |  |  |  |
| 27.04 |  | 6,7 | 6,1 | 14,2 |  |
| 30.04 | 12,1 | 11,0 | 15,2 |  |  |
| 01.05 | 6,4 |  |  |  |  |

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: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды широкие умеренно извиты, стенки вен уплотнены. В макулярной области без особенностей.

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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

17.04.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

17.04.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. 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, актовегин, альмагель, фаматидин, ККБ, бер*л*итион, Левемир, лесфаль, аспаркам, атоксил, Тожео, диалипон,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД мм 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Левемир 22.00 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога:
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. 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.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Б/л серия. АДГ № 671967 с 13.04.18 по 02.05.18. к труду 03.05.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.