#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1726

##### Ф.И.О: Руденко Сергей Яковлевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка пр Исполкомовский 14

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 07.12.17 по 22.12.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3), Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Бронхиальная астма, контролируемая, ст. ремиссии.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния, вплоть до ком, сухость во рту, жажду, полиурию, нестабильность гликемии в течение дня. увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 165/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические – 2007, 2017 (со слов пациента неоднократно). С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее вводил Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2007 переведен на Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 15ед., п/о- 15ед., п/у-15 ед., Фармасулин НNP 22.00 20 ед. Гликемия –3,98-16 ммоль/л. НвАIс -9,6 % от 30.10.17. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл, амлодипин. Бронхиальная астма с 1999, принимает беклофорт. 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 |
| 08.12 | 158 | 4,7 | 4,4 | 6 | 1 | 1 | 58 | 37 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.12 | 62,46 | 6,69 | 1,56 | 2,6 | 3,3 | 1,5 | 4,4 | 102 | 15,7 | 3,0 | 1,3 | 0,53 | 0,69 |

08.12.17 Анализ крови на RW- отр

08.12.17 К – 4,9 ; Nа – 131 Са++ - 1,09 С1 - 104 ммоль/л

### 08.12.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

12.12.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

11.12.17 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.12.17 Микроальбуминурия –72,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.12 | 15,9 | 15,0 | 10,0 | 3,4 | 3,1 |
| 09.12 2.00-11,5 |  | 18,9 | 3,6 | 9,0 | 13,7 |
| 12.12 | 18,1 | 20,6 | 10,8 | 6,9 |  |
| 1412 | 4,3 | 11,0 | 3,0 | 5,8 |  |
| 16.12 | 9,0 | 17,5 | 3,5 | 5,3 |  |
| 19.12 | 11,2 | 7,2 | 9,1 | 4,0 | 7,0 |
| 21.12 | 59 |  | 5,0 | 13,4 | 14,7 |

14.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

14.11.17 Окулист: VIS OD= 0,9 сф + 0,7=1,0 OS=0,9+0,75=1,0 ; Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: Сосуды умеренно сужены, извиты, склерозированы, микроаневризмы, геморрагии, рефлекс в макуле сглажен, Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.12.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

10.11.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

14.11.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

08.12.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хр. колит? Спаечная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу.

13.12.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, наличие кист в левой почке. Гиперплазии, изменений диффузного типа в паренхиме простаты ДГПЖ 2 ст.

06.12.17 Дерматолог: Пруриго.

Лечение: Айлар, Актрапид НМ, Новорапид, фуросемид, тридуктан, торадив, ранитидин, омепразол, аналгин, фенигидин, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, дратоверин, папаверин, р-р рингера, ксилат, атоксил.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипогликемических состояний в данный период нет, сохраняется неустойчивая гликемия после еды, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст. Сохраняется вздутие живота. В связи с частыми гипогликемическими состояниями, невозможностью достичь компенсации комиссионно переведен на Айлар, Новорапид.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-20-22 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -8-10 ед., Айлар п/з 20-22 ед
4. Возможная коррекция дозы Новорапид под контролем эндокринолога по м/ж.
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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д , индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер, торадив 10 мг1т утром. Контр. АД.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.