#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 883

##### Ф.И.О: Резников Олег Владимирович

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Запорожье пр. Соборный 150-1

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.06.17 по 26 .06.17 в энд. отд.(с 20.06.17-26.06.17 в ОИТ)

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 нижних конечностей. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ .Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Со слов больного, гипогликемические комы практически ежегодно. С начала заболевания коротким курсом принимал ССТ. 09.2006 переведен на инсулинотерапию, ранее принимал различные виды инсулина- Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Фармасулин Н, Фармасулин НNP. В 2016 проходил. стац лечение в энд. отд 4 гор. больницы, где в связи с частыми гипоглик. состояниями переведен на Актрапид НМ. Левемир. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у-10 ед., Левемир 22.00 – 8 ед. Гликемия –2,0-15 ммоль/л. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает вазар 160 мг 1 р/день .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 |
| 16.06 | 141 | 4,2 | 4,9 | 43 | 1 | 2 | 40 | 54 | 3 |
| 25.07 | 125 | 3,7 | 8,4 | 12 |  |  | 34 | 60 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.06 | 55,0 | 4,9 | 1,45 | 1,60 | 2,6 | 2,1 | 3,2 | 154 | 25,4 | 7,6 | 3,8 | 0,83 | 1,17 |
| 20.06 |  |  |  |  |  |  | 4,6 | 160,6 | 17,4 | 10,6 | 2,6 | 0,99 | 1,45 |

20.06.17 Гемогл –119 ; гематокр – 0,38 ; общ. белок – 71,8 г/л; К – 4,32 ; Nа –137,0 ммоль/л

21.06.17 К- 4,3 ммоль/л

23.06.17 К – 4,05 ммоль/л

20.06.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 6 мин.; ПТИ – 89,3 %; фибр – 2,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6

### 16.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19.06.17 ацетон – 1+

С 21.06.17 ацетон - отр

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

19.06.17 Суточная глюкозурия – 3,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.06.17 Микроальбуминурия –27,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.06 |  |  | 1,7 | 9,1 | 6,0 |
| 17.06 2.00-12,8 | 10,1 | 14,8 | 9,2 | 7,8 | 4,1 |
| 20.06 | 15,5 | 21,1 | 11,0 | 2,6 | 2,4 |
|  |  |  |  |  |  |
| 21.06 2.00-9,3 | 14,6 | 12,3 | 9,4 | 7,2 | 8,2 |
| 22.06 | 9,6 | 9,0 | 13,2 | 9,4 | 6,7 |
| 23.06 | 7.00-9,2 | 14,2 | 15.00-8,5 | 21.00-4,5 |  |
| 24.06 | 7.00-9,0 | 13.00-13,0 | 17.00-3,0 | 21.00-4,3 | 23.00-4,9 |
| 25.06 | 8,9 | 11,8 | 5,7 | 3,4 |  |

21.06.17Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды узкие, не выраженный ангиосклероз, с-м Салюс 1. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

21.06.17 Осмотр доц.каф. внутренних болезней ЗГМУ Соловьюка А.О Диагноз согласован.

16.06.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м ранней реполяризации желудочков.

12.06.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рекомендации кардиолога –хипотел 40 мг 1 р/день, небивалол 2,5 -5 мг 1р/день ,предуктал MR по 1 табл 2 р/день- 1 мес. Дообследование ЭХО КС по м/жит.

22.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.06.17Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

16.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

20.06.17 УЗИ: 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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, эналаприл, бисопролол., атоксил лесфаль ,аспаркам ,глюкоза 40%,фенигидин, каптоприл.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога ,нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 12-14ед., п/о-8-10 ед., п/уж -4-6 ед., Левемир п/уж-8 ед. ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии в динамике через 2- 3 мес, контроль креатинина ,мочевины ,К ,общего белка.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы ,печеночных проб .
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2 р/день ,бисопролол 5 мг 1 р/день ..Контр. АД.
8. 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.
9. Консультация невропатолога по м/жит.
10. УЗИ щит. железы по м/жит.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.
12. Эссенциале по 2 табл 3 р/день -1мес.Контроль печеночных проб в динамике. Определить маркеры вирусного гепатита В,С(в энд. диспансере отказался.).Конс .в гепатоцентре.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В