#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 597

##### Ф.И.О: Богданов Олег Климентиевич

Год рождения: 1965

Место жительства: г. Запорожье пр. Маяковского 20-29

Место работы: н/р ,

Находился на лечении с 20.04.17 по 10.05.17 в диаб. отд. (ОИТ 21.04.17-25.04.17, 27.04.17-03.05.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к 1- IIст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Осложненная катаракта, ангиопатия сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. СН I. Риск 4. Ишемический инсульт (20.02.17) в левой гемисфере в русле СМА, умерено выраженный правосторонний гемипарез. Дерматомикоз стоп?

Жалобы при поступлении на колебания глюкозы крови, гипогликемические состояния в дневное время, ухудшении памяти, Повышение АД до 150/80 мм рт., онемение ног и рук.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р Хумодар К 25 100Р. С 2011 по данным выписного эпикриза 4-й гор.больницы переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNP 2р/сутки. В 10.2016 в связи с кетоацидозом был госпитализирован в энд. отд 4-й горбольницы, где в последующем была выявлена пневмония в/доли пр. легкого. Был назначен Фармасулин Н, Фармасулин НNP 4-х кратно. С 27.12.16 – 05.01.17 находился на лечение 6-й горбольницы. В последующем продолжал вводить инсулин 2р/сут., регистрировалась ацетонурия, отмечал гипогликемические состояния, самостоятельно проводил коррекцияю доз инсулина. 20.02.17 инсульт в левой гемисфере, был госпитализирован в неврологическое отд 6-й гор больницы. При выписке рекомендовано введение Фармасулин Н п/з 12-14 ед, п/о 5-8 ед, п/у -5-8ед, Фармасулин НNP 21.00 – 10-14 ед. В связи с неустойчивостью гликемии ( 1,6-16,0) и ацетонурией направлен на госпитализацию в эндокриндиспансер, для коррекции инсулинотерапии. Глик гемоглобин - 8,2% от 10.04.17 Повышение АД в течение 2х лет, гипотензивные препараты регулярно не принимает

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 21.04 | 132 | 3,9 | 9,1 | 14 | 0 | 2 | 78 | 17 | 3 |
| 28.04 | 152 | 4,5 | 4,9 | 14 | 1 | 1 | 70 | 26 | 2 |
| 02.05 | 138 | 4,1 | 3,9 | 20 | 1 | 1 | 56 | 40 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 21.05 | 83,1 | 4,7 | 0,71 | 2,3 | 2,1 | 1,0 | 4,4 | 86,9 | 11,8 | 2,9 | 1,1 | 0,15 | 0,35 |

21.04.17 Амилаза – 14,5

21.04.17 Анализ крови на RW- отр

21.04.17 Гемогл – 132 ; гематокр –0,42 ; общ. белок –65,0 г/л; К –4,0 ; Nа – 145 ммоль/л

23.04.17 К – 3,3

30.04.17 К – 3,7

21.04.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 13 мин.; ПТИ – 89,3%; фибр – 3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4

24.04.17 Проба Реберга: креатинин крови-85,8 мкмоль/л; креатинин мочи- 302,5 мкмоль/л; КФ- 85,66мл/мин; КР- 97,08 %

21.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк 3-4 в п/зр белок – отр ацетон 4+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех.п/зр

27.04.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк 4-5 в п/зр белок 0,045 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -в п/зр

05.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл.ед ; эпит. перех. в п/зр

С 28.04.17 ацетон - отр

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

28.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

24.04.17 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.05.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.04 |  | 7,5 | 6,4 | 4,3 |  |
| 23.04 | 7,3 | 6,7 | 6,2 | 3,4 | 7,0 |
| 26.04 | 18,9 | 8,8 | 4,0 | 2,8 |  |
| 28.04 2.00-11,5 | 15,1 | 6,6 | 6,2 | 5,2 |  |
| 30.04 2.00-6,5 | 5,8 | 6,8 | 6,2 | 10,0 |  |
| 02.04 | 2,4 | 10,5 | 12,5 | 11,7 |  |
| 04.05 | 12,6 | 15,4 | 9,8 | 12,0 | 15,1 |
| 06.05 | 13,7 | 10,5 | 6,6 | 6,2 |  |
| 07.05 | 9,6 | 8,9 | 5,1 | 2,8 |  |
| 08.05 |  |  | 8,7 | 3,9 | 5,5 |
| 09.05 2.00-8,4 | 4,8 | 8,4 | 5,0 | 5,0 |  |

08.05.17Невропатолог: Ишемический инсульт (20.02.17) в левой гемисфере в русле СА, умерено выраженный правосторонней гемипарез. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) хроническое течение. Рек-но препараты а- липоевой кислоты в/в кап № 10 ,витаксон 2,0 в/м №10, нейродар 1 гр в/в кап № 10, далее 500 мг 2р/д 1мес,гипотензивная, гиполипидемическая терапия.

24.04.17 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены, извиты, вены неравномерного калибра, полнокровны Салюс I. Венный пульс сохранен. Д-з: Осложненная катаракта, ангиопатия сетчатки ОИ.

20.04.17 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. С-м ранней реполяризации желудочков.

24.04.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1- II Дерматомикоз стоп?

28.04.17 На р- гр ОГК легкие обычной воздушности корни малоструктурны, сердце – увеличен левый желудочек.

20.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8 см3; лев. д. V = 5,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, Фармасулин Н, Фармасулин НNP, тиогамма, кардиомагнил, атоксил, Актрапид НМ, Протафан НМ, глюкоза 40% аспаркам, ново-пасит, трисоль, сода-буфер, ККБ, Дарроу, энтеросгель, пирацетам, рингер, гепарин, адаптол, берлитион, кавентон,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Новорапид, Левемир.

.Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-7-9 ед., п/о- 12-14ед., п/уж -10-12 ед., Левемир 22.00 11 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (Симвастаин 20 мг ) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Кардиомагнил (лоспирин) 1 т. вечер - длительно, тридуктан МВ 1т 2р\д 1 мес Контр. АД. Кораксан (ивабрадин) 2,5-5 мг под контролем ЧСС. Конс. кардиолога п плановом порядке..
8. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес., нейродар 1 гр в/в кап № 10, далее 500 мг 2р/д 1мес.
9. Конс. дерматолога по м\ж (дерматомикоз стоп?).
10. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
11. Справка № 43 с 20.4.17 по 10.05.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В