#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1472

##### Ф.И.О: Орловский Евгений Иванович

Год рождения: 1957

Место жительства: Приазовский р-н, с. Нововасильевка ул. Внешняя 24

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 23 .10.17 по 07 .11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Энцефалопатия II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м Ишемический инсульт в левой г/сфере (09.2016), умеренный правосторонний гемипарез . Хронический пиелонефрит в стадии нерезкого обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение лица, рук и ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния связаны с нарушением режима питания.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия.. Раннее принимал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, с 2004 переведен на Актрапид НМ. Протофан НМ в связи с декомпенсацией СД. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о-12 ед., п/у10- ед., Протафан НМ 22.00 20 ед, Гликемия –7-8 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2017г. Повторная госпитализация связана с декомпенсацией СД (самостоятельно увеличил дозы инсулина). Повышение АД в течение 10 лет, принимает эналаприл, индапрес, кардиомагнил. В анамнезе хр. пиелонефрит в течение 5 лет, периодически принимает а/б препараты. 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 |
| 24.10 | 153 | 4,6 | 8,3 | 21 | 1 | 2 | 68 | 26 | 3 |
| 31.10 | 144 | 4,3 | 15,2 | 53 | 4 | 3 | 61 | 29 | 3 |
| 03.11 | 120 | 3,8 | 13,2 | 22 | 2 | 5 | 55 | 33 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 24.10 | 91,4 | 4,01 | 0,87 | 1,04 | 2,57 | 2,9 | 8,5 | 74 | 9,0 | 2,0 | 1,7 | 0,28 | 0,29 |

31.10.17 Глик. гемоглобин – 8,9%

24.10.17 Анализ крови на RW- отр

24.10.17 К – 4,51 ; Nа – 137 Са++ - 1,22С1 - 107 ммоль/л

### 24.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –8-9 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - едв п/зр

01.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 5000 эритр -250 белок – 0,078

25.10.17 Суточная глюкозурия – 1,9%; Суточная протеинурия – 0,249

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.10 | 6,1 | 12,8 | 7,8 | 14,0 |  |
| 26.10 | 13,6 | 11,1 | 6,5 |  |  |
| 28.10 | 5,7 |  | 7,9 | 8,2 |  |
| 31.10 | 8,4 | 13,6 | 5,0 | 13,3 | 15,3 |
| 02.11 | 6,2 | 9,8 | 3,8 | 8,3 |  |
| 03.11 2.00-11,6 | 5,8 | 7,8 | 4,9 | 4,9 | 5,4 |
| 06.11 |  | 9,2 | 5,8 | 11,9 |  |

31.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. правосторонняя пирамидная недостаточность, цереброастенический с-м.

02.2017 Окулист: VIS OD= 0,2сф + 1,5=1,0 OS= 0,09 н/к ;

Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулярный отек OS

23.10.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

26.10.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Рек. кардиолога: хипотел 40 мг . Контроль АД, ЭКГ.

25.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

23.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

21.11.17 ФГ ОГК№ 107841: лекие без инфильтрации легочной рисунок: корни малоструктурны, синусы свободны, ораны средостения – срединное положение.

23.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,4см3; лев. д. V = 4,0см3

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

Лечение: Актрапид НМ ,Протофан НМ, левофлоксацин, флуконазол, нейродар, метатилин, эналаприл, индапрес, кардиомагнил,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм 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. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 22ед., п/о- 14ед., п/уж -12 ед., Протафан НМ 22.00 20ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, амлодипин 10 мг веч, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Рек невропатолога: МРТ головного мозга. УЗД МАГ, нуклео1т 2р/д 1 мес, нейромидин 1т 3р/д 1мес. Повторный осмотр после дообследования.
9. Продлить прием левофлоксацин 500 мг до 12 дней флуконазол 50 мг 1р/д затем канефрон 2т 3р/д 2-3 мес. Контроль ОАК, ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко в динамике

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В