#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1009

##### Ф.И.О: Шаповал Виталий Владимирович

Год рождения: 1971

Место жительства: Запорожский р-н,с. Новоалександровка, ул Гагарина 27

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 13.07.17 по 21.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1- 2 ст Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая полинейропатия н/к. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. САГ Ш ст. Симптоматическая эпилепсия с частыми генерализоваными приступами. АВМ правой лобно-теменной области. СПО ( 2007) –эндоваскулярная эмболизация АВМ из СМА. Левосторонний гемипарез,дизартрия.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния на фоне физ. нагрузки. Судорожные приступы до 1-2 р\мес на фоне приема карбамазепина 200 мг 3р/д ( причину указать не может) сухость во рту, жажду, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение рук, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст.,.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. резко потерял в весе, обратился по м\ж выявлена гипергликемия 10,2 ммоль/л. Течение стабильное комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар К 25 100р 2р/сут состояние ухудшилось 11.07.17. Серии генерализованы судорожных припатков был ургентно госпитализирован в ЗОКБ, при обследовании гипергликемия 25,8 ммоль\л, ацетон мочи 3+ ( учащение приступов связывает с гипергликемией). Страдает эпилепсией с14 лет. В 2007 оперирован в Киевском НИИ нейрохирургии - проведена эндоваскулярная эмболизация АВМ правой лобно-теменной области. С того времени у пациентка отмечается левосторонний гемипарез и нарушение речи. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100р п/з- 20ед., п/у-18 ед. Гликемия –6-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение весна 2016 в терапии по м\ж. В 05.2017 лечение в ЗОКБ с диагнозом : Негоспитальная пневмония Ш гр кл риска Ш, правосторонняя деструктивная верхнедолевая. Переведен в обл. энд. диспансер из неврологчиеского отд. ЗОКБ в связи с кетоацидотическим состоянием.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.07 | 156 | 4,6 | 3,5 | 18 | 1 | 1 | 56 | 41 | 1 |
| 17/07 | 137 | 4,1 | 3,0 | 13 | 2 | 1 | 43 | 50 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.07 |  |  |  |  |  |  | 4,4 | 98 | 12,6 | 3,1 | 0,81 | 0,32 | 0,46 |
| 19.07 |  | 5,49 | 1,67 | 1,52 | 3,2 | 2,6 |  |  |  |  |  |  |  |

13.07.17 Амилаза

13.07.17 Гемогл –156 ; гематокр – 0,48 ; общ. белок – 70 г/л; К – 3,5 ; Nа – 132 ммоль/л

13.07.17 К -3,99 na – 148.1

15.07.17 К – 4.16 Na 146.1

19.07.17 К – 4,7 Na – 138,7

13.07.17 Коагулограмма: вр. сверт.- мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр – 3,6г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6\*10

20.07.17 Коагулограмма: вр. сверт.- 6 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4\*10-4

16.07.17 Проба Реберга: креатинин крови-79.2 мкмоль/л; креатинин мочи-5665 мкмоль/л; КФ-138 мл/мин; КР- 98.5 %

### 13.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –3+++; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 17.07.17 ацетон – отр.

14.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр -250 белок – отр

16.07.17 Суточная глюкозурия – 1,03 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.17 Микроальбуминурия – 126,9мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.07 |  | 7,6 | 8,8 | 6,5 | 9,8 |
| 14.07 2.004,0 | 10,7 | 12,0 | 14,6 | 11,6 | 7,8 |
| 16.07 | 12,0 | 11,2 | 4,0 | 6,9 | 11,7 |
| 18.07 1.40-8,5 | 12,7 | 6,5 | 7,4 | 6,6 |  |
| 19.07 | 5,9 | 8,3 | 19,0 | 11,9 | 16,5 |
| 20.07 | 4,7 | 5,6 | 16,8 | 5,7 |  |

14.07.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды слегка извиты, венный пульс сохранен, В макуле без особенностей.

21.07.17 ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.07.17 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0. САГ Ш ст.

14.07.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

Лечение: каптоприл, карбамазепин, цефтриаксон, L-лизин эсцинат, фуросемид, аспаркам, лесфаль, берлитион, энтеросгель, престариум, омез, небивалол, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, вальпроком хроно, магнезия, фленокс, аспирин кардио, престариум ,магникор, эссенциале, витаксон ,р-р дарроу, клислат, трисоль, сода,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, переведен с комбинированного инсулина 2х кратное введение инсулина Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-105/70 мм рт. ст. Судорожный с-м отмечался однократно 18.07.17, после чего была увеличена доза вальпрокома.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-6-8 ед., п/уж – 8-10ед., Хумодар Б100Р п/з 18-20 ед, п/у 16-18ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек кардиолога: небивалол 2,5-5 мг, апсирин кардио 100 мг, престариум 5-10 м. Контроль АД, ЧСС, ЭКГ. Дообследование ЭХОКС.
7. Гипотензивная терапия: небивалол 5 мг, престариум 10 мг , эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек невропатолога: карбамазепин 200 мг 3р\д, вальпроком хроно 500 мг 2р/д (доза увеличена согласно рекомендациям Черкез А.Н по телефону).

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В