#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 519

##### Ф.И.О: Коморный Юрий Владимирович

Год рождения: 1971

Место жительства: Черниговский р-н, пгт. Черниговка ул. Соборная 309,

Место работы: ЧАО « Запорожоблэнерго» Черниговский РЭП, зам. начальника РЭМ со по сбыта

Находился на лечении с 11 .04.18 по 26.04.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и кетоацидозу, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы ,смешанная форма. Трофическая язва пр голени в стадии регенерации, трофическая язва 1п . левой стопы 1 ст по Вагнеру в стадии регенерации ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП 1 смешанного генеза, церебрастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце АВ блокада 1 ст . СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, общую слабость, быструю утомляемость, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/100 мм рт.ст., головные боли, отеки голеней и стоп

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г в кетоацидотическом состоянии . Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. и кетоцидоз. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В анамнезе стац лечение в отд диаб стопы з-й ГБ по поводу флегоны пр голени и стопы (2016). В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 24ед., п/о-14ед., п/у-12 ед., Протафан НМ 22.00 36 ед Гликемия –11,6-13,8 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 12.04 | 150 | 4,54 | 5,5 | 16 | | 201 | | 1 | 1 | 58 | 38 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.04 | 105,5 | 5,26 | 1,82 | 1,56 | 2,87 | | 2,4 | 5,7 | 99 | 14,0 | 3,2 | 1,4 | | 0,26 | 0,14 |

12.04.18 Глик. гемоглобин – 9,8%

12.04.18 К – 464 ; Nа – 140,9 Са++ -1,25 С1 - 103 ммоль/л

### 12.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

13.04.18 Суточная глюкозурия – 2,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 6.04.18 Микроальбуминурия –53,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.04 | 11,5 |  | 4,3 | 9,2 |  |
| 13.04 |  | 14,3 |  |  |  |
| 15.04 | 10,9 | 11,7 | 9,7 | 7,9 |  |
| 19.04 | 10,3 | 10,6 | 10,1 | 12,1 |  |
| 21.04 | 9,9 | 8,0 | 13,7 | 12,1 |  |
| 23.04 |  |  | 9,3 | 14,3 |  |
| 24.04 | 11,7 | 9,8 | 10,9 | 9,0 |  |
| 25.04 | 4,9 | 5,0 |  |  |  |

16.04.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДЭП 1 смешанного генеза ,церебрастенический с-м

13.04.18 Окулист: ОИ -факосклероз Гл. дно: сосуды извиты, умеренно расширены, стенки вен уплотнены, по всему заднему полюсу мелкие геморргании, микроаневризмы ,плазомрагии, твердые экссудаты ( ОД<OS). Д-з: . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.04.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст

12.04.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце АВ блокада 1 ст . СН I. Риск 4.

12.04.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

11.04.18Хирург: С-м диабетической стопы ,смешанная форма. Трофическая язва пр голени в стадии регенерации, трофическая язва 1п . левой стопы 1 ст по Вагнеру в стадии регенерации

18.04.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,5 см3; лев. д. V =7,0 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма турбо, актовегин, мильгамма ,пирацтеам, нуклео ЦМФ, нолипрел бифорте

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-26-28 ед., п/о- 14-16ед., п/уж -14-16 ед., Протафан НМ 22.00 42-44ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Рек. кардиолога: нолипрел би форте 1т 1р/д. Контроль АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д, 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек хирурга: детралекс 500 2т 3р/д 1 мес. обработка фукорцином 1р/д, асептическая повязка
11. Б/л серия. АДГ № 6719 с 11.04.18 по 26.04.18. к труду 27.04.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.