#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 292

##### Ф.И.О: Горбатко Владимир Алексеевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Вольнянский р-н. с. Терновка,

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 28.02.18 по 13.03.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 2), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркудтяорная энцефалопатия II , смешанного генеза, когнитивное снижение, церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на боли в ногах, сухость, жажду, периодически гипогликемические состояния связанные с физической нагрузкой

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г связывает с наследственным фактором,. Постоянно инсулинотерапия. Ранее вводил: Монодар, Хумодар. С 2011, в связи с декомпенсацией, гипогликемическими состояниями переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ. В анамнезе кома гипогликемическая 2004. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/у-10 ед., Протафан НМ п/з 10 ед , п/у 10 ед ( больной самостоятельно перешел на данную схему инсулина). ГБ более 5 лет, принимает эналаприл 20 мг утром. 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 |
| 01.03 | 139 | 4,4 | 7,1 | 13 | 2 | 0 | 69 | 25 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 01.03 | 72 | 4,7 | 1,28 | 1,52 | 2,5 | 2,0 | 3,9 | 95 | 11,8 | 2,6 | 2,7 | 0,13 | 0,26 |

01.03.18 Глик. гемоглобин – 9,1%

01.03.18 К – 4,38 ; Nа –132 Са++ - 1,23С1 - 98 ммоль/л

### 01.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

01.03.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 05.02.18 Микроальбуминурия –25,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 01.03 | 5,4 | 16,5 | 10,3 | 5,8 |  |
| 03.03 | 7,4 | 7,7 | 9,0 | 8,9 |  |
| 07.03 | 5,1 | 2,6 | 9,2 | 9,0 |  |
| 09.03 | 5,9 | 4,9 | 5,0 | 5,0 |  |
| 12.03. 2.00-4,2 | 12,7 | 9,8 | 9,8 | 12,9 |  |
| 13.03 | 7,4 |  |  |  |  |

05.03.18 Невропатолог: Дисциркудтяорная энцефалопатия II , смешанного генеза, когнитивное снижение, церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 2), Рек: в плановом порядке МРТ головного мозга. К лечению прамистар 1т 2р/д 1 мес, актовегин 10,0 в/в кап.

2016.Окулист: Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

02.03.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

01.03.18 18РВГ: Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

28.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,9 см3; лев. д. V =5,0 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, диалипон, эналаприл, магникор, аторвакор, пирацетам,

Состояние больного при выписке: За период стационарного лечения больной переведен на 4х кратное введение инсулина. 12.03.18 в 3.00 зарегистрирован эпизод гипогликемической комы. Дежурным анестезиологом в/в вводилась 40% глюкоза 60 мл. Причина комы -со слов пациента, после введения Протафан НМ в 22.00 не принимал пищу, о чем имеется запись в истории болезни с подписью больного. С пациентом проведена индивидуальная беседа о соблюдении режима питания в присутствии начмеда Карпенко И.В., и/о зав отд. Севумян К.Ю..

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 <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ, п/з-16 ед., п/о-10 ед., п/уж -8 ед., Протафан НМ 22.00 20 ед..
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. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д , индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. МРТ головного мозга в плановом порядке.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.