#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1349

##### Ф.И.О: Куртев Александр Валентинович

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Запорожье ул. Победы 93 - 52

Место работы: КУ «Областной информационный аналитический центр мед. cтатистики» ЗОС завхоз

Находился на лечении с 16.10.18 по  29.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия ОИ Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма . Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ревматоидный артрит, серопозитивный тип, полиартрит, медленно прогрессирующее течение, период нестойкой ремиссии, акт 1. Ro II ст. НФС 0-1. Искривление перегородки носа. Гипертоническая болезнь 1-II ст.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния различное время суток, купируемые приемом пищи, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, периодически ощущение головокружений.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г в кетоацидотическом состоянии. С того же времени инсулинотерапия, принимал различные виды инсулина. С 2012 переведен на Актрапид НМ Протафан НМ В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-30 ед., п/о-10 ед., п/у- 6ед., Протафан НМ 22.00 32 ед. Гликемия –5,0-18,0 ммоль/л. НвАIс – 9,3 % от 10.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 10 лет. Ревматоидный артрит с 2016, принимает метатрексат 1р/нед. 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 | | |
| 17.10 | 155 | 4,7 | 4,8 | 19 | |  | | 2 | 1 | 57 | 32 | | 8 | | |
| 29.10 |  |  |  | 18 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.10 | 88 | 6,67 | 1,76 | 1,49 | 4,37 | | 3,5 | 5,1 | 90 | 10,4 | 2,4 | 9,0 | | 0,42 | 0,7 |

23.10.18 С-реактивный белок – 2+

17.10.18 К –5,26 ; Nа – 136 Са++ -1,18 С1 100- ммоль/л

### 17.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

19.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

18.10.18 Суточная глюкозурия – 2,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.10.18 Микроальбуминурия – 63,2мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.10 | 10,5 | 12,6 | 9,7 | 9,7 | 15,9 |
| 19.10 | 5,2 | 5,6 | 7,3 | 6,4 | 4,9 |
| 23.10 | 11,2 | 13,6 | 7,4 | 8,3 | 9,0 |
| 25.10 | 8,0 | 11,0 | 2,6 | 3,5 | 2,9 |
| 26.10 |  |  | 7,3 |  |  |
| 28.10 |  |  | 5,0 | 6,3 | 8,2 |
| 29.10 | 4,6 |  |  |  |  |

2017.Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма .

27.10.18 Окулист: VIS OD= 0,4 н/к OS= 0,2 н/к ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены извиты ,вены уплотнены, ангиосклероз с-м Салюс 1 ст. Множественные друзы, микроаневризмы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия ОИ

16.10.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

19.10.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь 1-II ст..

26.10.18ревматолог Ревматоидный артрит, серопозитивный тип, полиартрит, медленно прогрессирующее течение, период нестойкой ремиссии, акт 1. Ro II ст. НФС 0-1.

25.10.18 Психиатр: Данных за нарушение психической деятельности не выявлено.

19.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

25.10.18 ЛОР: искривление перегородки носа

16.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,6см3; лев. д. V = 6,1 см3

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

Лечение: вазилип асафен, Актрапид НМ, Протафан НМ, олфен, берлитион, тивортин, витаксон, метатрексат,

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 24-26ед., п/о-15-17 ед., п/уж -8-10 ед., Протафан НМ 22.00 32-34ед. В случае сохраняющихся гипогликемических состояний повторная госпитализация для изменения вида инсулина.
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. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: индапамид 1,5 мг, доосбледвоание ЭХОКС, динамика АД.
9. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
11. Б/л серия. АДЛ № 177815 с 16.10.18 по 29.10.18 к труду 30.10.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.