#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1343

##### Ф.И.О: Бебешко Станислав Федорович

Год рождения: 1952

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак, ул. Шевченко, 14, кв.1

Место работы: инв. II гр.

Находился на лечении с 12.10.18 по  31.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия V ст. кисты обеих почек. ИБС, п/инфарктный (без даты) кардиосклероз СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Остеопороз позвоночника. патологический перелом тела Т9 позвонка, клиновидная деформация тела Т6,Т7 позвонков, болевой с-м. Болезнь оперированного желудка: хронический гастрит культи желудка, СПО : резекция желудка по Бильрот-1 (1992). Хронический кальцифицирующий панкреатит с нарушением внеше- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы, фаза нерезкого обострения. ПХЭС: дисфункция сфинктера Одди. ДГПЖ 1 ст. Постромботическая болезнь левой н/к. ХВН Ш ст.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния, вплоть до потери сознания (последнее - 08.10.18 в усл. гастроэнтерол. отд ОКБ), снижение веса на 10 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение чувствительности ног, пекучие боли в подошвенной части стоп, повышение АД макс. до 160/80-90 мм рт.ст., снижение памяти, отек левой голени, стопы, боли в поясн.отд. позвоночника.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992 г. во время оперативного лечения – ушивание язвы желудка, дренирование поджелудочной железы (абсцесс), холецистэктомия. Был назначен манинил. В 2000 в связи со стойкой декомпенсацией был переведен на инсулинотерапию: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. Но в связи с гипогликемическим состоянием был переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 14 ед., п/о- 6 ед., Протафан НМ п/у- 6 ед. Гликемия – 2,5-11,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния (2016-2018 гг). Комы неоднократно, в 2018 г., со слов пациента, случались гипогликемические комы трижды, последняя 08.10.18. Повышение АД в течение 11лет. С 2008 явления нефропатии в виде протеинурии, артериальной гипертензии, повышение уровня шлаков. В анамнезе хронический панкреатит, постнекротическая киста тела поджелудочной железы, 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 | | |
| 16.10 | 101 | 3,0 | 4,5 | 3 | |  | | 2 | 3 | 49 | 37 | | 9 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.10 | 24,3 | 2,8 | 0,67 | 1,35 | 1,2 | | 1,1 | 8,1 | 259 | 14,9 | 3,7 | 1,3 | | 0,29 | 0,68 |

Общий белок 51 г/л.

16.10.18 Глик. гемоглобин – 6,4%

16.10.18 Анализ крови на RW- отр

19.10.18 К – 4,74; Nа – 144; Са++ - 1,14; С1 - 106 ммоль/л

### 17.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1007; лейк – 1-2-3 в п/зр; белок – 0,053 г/л; ацетон –отр; эпит. пл. – умер. к-во; соли – оксалаты.

18.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000; белок – 0,052 г/л

16.10.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,116 г/с

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.10 | 5,6 | 9,0 | 8,0 | 12,1 | 9,4 |
| 18.10 | 7,0 | 8,2 | 3,0 | 14,2 | 11,9 |
| 22.10 |  |  | 3,3 | 12,9 |  |
| 24.10 | 6,5 | 3,7 | 3,9 |  |  |
| 26.10 | 4,4 | 8,0 | 9,3 | 14,3 |  |
| 28.10 | 4,8 | 7,0 | 5,9 | 13,9 | 14,3 |
| 30.10 | 5,9 |  | 4,6 | 10,6 | 9,3 |

2017. Окулист: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ..

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

16.10.18 ЭКГ: ЧСС – 63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, суправентрикулярная экстрасистолия, периодами парная.. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви левой ножки п. Гиса. Рубец перегородочной области? Гипертрофия левого желудочка.

22.10.18, 23.10.18 Нейрохирург : Остеопороз позвоночника. патологический перелом тела Т9 позвонка, клиновидная деформация тела Т6,Т7 позвонков, болевой с-м. компресии спинного мозга и его корешков нет, в оперативном лечении не нуждается.

17.10.18 Кардиолог: ИБС, п/инфарктный (без даты) кардиосклероз СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д физиотенс 0,2 мг, трфиас 10 мг, контроль АД, динамика ЭКГ, Дообследование ЭХОКС, NTproBNP.

19.10.18 ЭХО КС: Систолическая функция миокарда ЛЖ сохранена, диастолическая дисфункция по первому типу, АК 3-х створчатый, функция АК не нарушена, незначительный краевой кальциноз створок АК. Соотношение камер сердца не нарушено.

19.10.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

16.10.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к умеренно повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра правой н/к незначительно снижен. Периферическое сопротивление сосудов левой н/к по-видимому снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

25.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений паренхимы предстательной железы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Левемир, Новорапид, мильгамма, нуклео ЦМФ, семлопин, вестибо, амлодипин, детралекс, асафен, папацид, панкераттин, лактиале, трифас, вазилип,

Состояние больного при выписке: компенсировать на фонее ведения Актрапид НМ ,Протафан НМ не удавалось, сохранялась неустойчивая гликемия с тенжденцией к гипогликемическим состониям, комисонно переведен на Левемир. Новорапид СД субкомпенсирован, гипогликемические состояния не рецидивруют., сохраняются боли в ПОП, умеренные боли в н/к, уменьшились отеки голейней , стоп, АД 130-140/80 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: Новорапид п/з-6-8 ед., п/уж -0-2 ед. при необходимости , Левемир п/з 8-10 ед,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: амлодипин (семлопин 5-10 мг), клопидогрель 75 мг 1т Контр. АД. ЭКГ
8. (мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.,. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.