#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 153

##### Ф.И.О: Громенко Евгений Анатольевич

Год рождения: 1966

Место жительства: К-Днепровский р-н, К-днепровская ул. Красноармейская 104

Место работы: н/р инв II гр

Находился на лечении с 30.01.18 по 09.02.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Осложнённая катаракта ОИ. Состояние после ППЛК ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Автономная нейропатия (нераспознование гипогликемий). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II-Шcт. С-м диабетической стопы 0 ст. смешанная форма. СПО (2007, ампутация 1, II пальцев правой стопы). ДЭП 1 ст, смешанного ґенеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на усиление сухость во рту, жажды, в течение последних 1-2 мес гипогликемические состояния в различное время суток, чаще перед обедом на фоне физических нагрузок, боли, онемение снижение чувствительности в н/к .

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы кетодотчиеская 1997, гипогликемическая -1980. С начала заболевания инсулинотерапия. Получал различные виды инсулина. В 2007 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведен на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 6-8ед., п/о-6-8 ед., п/у-4-8 ед., Левемир 22.00 10-12 ед. Гликемия –8-7 ммоль/л. Глик гемоглобин от 15.11.17- 8,3%. Последнее стац. лечение в 11.2017г. В 2007 – ампутация 1, II пальцев правой стопы.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 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 |
| 31.01 | 164 | 4,8 | 7,1 | 6 | 1 | 1 | 61 | 33 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 31.01 | 71 | 6,13 | 1,82 | 1,7 | 3,6 | 2,6 | 7,1 | 96 | 19,7 | 4,2 | 1,2 | 0,39 | 0,65 |

31.01.18 К – 5,33 ; Nа –139 Са++ - 1,14С1 -100 ммоль/л

### 31.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

02.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

01.02.18 Суточная глюкозурия – 2,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 01.02.18 Микроальбуминурия –45,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 15.00 | 16.00 | 17.00 | 19,00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.01 | 12,5 | 8,7 |  |  | 4,2 |  |  | 11,7 |  |
| 01.02 |  |  |  |  | 6,6 |  |  | 5,5 | 8,5 |
| 02.02 2.00-7,5 | 8,8 | 10,9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 04.02 | 6,6 | 7,9 |  |  | 11,7 |  |  | 4,7 |  |
| 06.02 | 5,6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 07.02 |  | 4,4 | 6,2 | 7,1 | 78,1 | 7,9 | 6,0 |  | 5,8 |
| 08.02 | 8,2 |  | 11,4 |  |  |  |  |  |  |
| 09.02 | 4,7 | 6,3 |  |  |  |  |  |  |  |

31.01.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст, смешанного генеза, цереброастенический с-м. Рек: армадин 4,0 в/в липоевая 600 мг/сут, нейрокабал 1т 2р/д 1 мес.

31.01.18 Окулист: VIS OD 0,1 н/к OS= 1,0

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ОД – вены узкие, арериальный рисунок обеднен, с-м « серебренной проволки» ,участки пролиферации. OS . А:V 1:2 сосуды сужены, извиты, микроаневризмы, твердые экссудаты, рефлекс в макуле сглажен. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Осложнённая катаракта ОИ.

30.01.8 ЭКГ: ЧСС 80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

06.02.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек: эналаприл 5-10 мг, небивал 1,25 мг/сут

03.02.18 ЭХО КС Уплотнение стенок аорты. Краевое уплотнение АК и МК. Локальная гипертрофия с/3 МЖП. Минимальная трикуспидальная регургитация. Дополнительная хорда ЛЖ. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме

06.02.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

30.01.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. С-м диабетической стопы 0 ст. смешанная форма. СПО (2007, ампутация 1, II пальцев правой стопы).

01.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

Лечение: Левемир, Новорапид, милдракор, тиолипон, эналаприл.

Состояние больного при выписке: несколько уменьшились боли в н/к, гликемия в пределах целевого уровня, отмечается тенденция к гипогликемическим состояниям через 2 часа после приема пищи, рекомендован подсчет ХЕ, самоконтроль глюкозы крови с последующей коррекцией доз новорапида, перекусы в пределах одной ХЕ через 2-3 часа после приемов пищи, 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 <6,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л уровень глик. гемоглобина менее 7,5% (пациент плохо ощущает предвестники гипогликемии)
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о-6-8 ед., п/уж -6-8 ед., Левемир 22.00 10 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, небивалол 1,25 мг утром, лоспирин 75 мг веч. Контр. АД. ЧСС
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., плетол 100 1т/д длительно , армадин лонг 300 1т утром 1 мес
9. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации. Рекомендован контроль глик гемоглобина через 3 мес для оценки уровня компенсации.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.