#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1547

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

Год рождения: 1966

Место жительства: К-Днепровский р-н, г. К-Днепровская, ул. Матросова 9а

Место работы: СТК ОСОУ г. К-Днепровская, охранник, инв II гр.

Находился на лечении с 08.12.14 по 22.12.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Осложненная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Диабетическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Гипертоническая болезнь I-II ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, гипогликемические состояния в разное время суток, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1977г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая – 1977, гипогликемическая - 1980. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Левемир 22.00 – 10 ед. Гликемия –2,9-11,9 ммоль/л. НвАIс -8,0 % от 09.2014. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 6 лет. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.12.14 Общ. ан. крови Нв –155 г/л эритр –4,7 лейк – 8,0 СОЭ –2 мм/час

э- 0% п- 1% с- 64% л- 30% м- 5%

09.12.14 Биохимия: СКФ –69 мл./мин., хол –5,76 тригл – 1,29 ХСЛПВП -1,62 ХСЛПНП -3,5 Катер -2,56 мочевина –4,2 креатинин –98,4 бил общ –4,1 бил пр –4,1 тим –1,08 АСТ – 0,28 АЛТ – 0,29 ммоль/л;

09.12.14 Анализ крови на RW- отр

### 09.12.14 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

10.12.14 Суточная глюкозурия – 2,16%; Суточная протеинурия – отр

##### 12.12.14 Микроальбуминурия –101,16 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.12 | 9,7 | 5,4 | 4,8 | 8,7 |
| 12.12 | 8,5 | 12,7 | 3,0 | 21,0 |
| 13.12 | 9,1 | 9,2 | 6,7 | 7,0 |
| 14.12 | 7,7 | 8,3 | 6,4 | 7,2 |

09.12.14Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия II Цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

08.12.14Окулист: VIS OD= 0,1 OS= 1,0

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Осложненная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ.

08.12.14ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

10.12.14Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I. Гипертоническая болезнь I-II ст.

09.12.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.12.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

08.12.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8 см3; лев. д. V = 4,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, эналаприл, диалипон, витаксон, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-6-10 ед., п/о-6-10 ед., п/уж – 6-10ед., Левемир 22.00 10-12 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: эналаприл 2,5-10 мг \*2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: тиоцетам 10,0 в/в № 10, гилоба фитосом. 1т 2р/д до 2 мес,
7. Окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
8. 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.
9. Б/л серия. АГВ № 234671 с 08.12.14 по 22.12.14. К труду 23.12.14г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.