#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1595

##### Ф.И.О: Губань Андрей Николаевич

Год рождения: 1982

Место жительства: Г-Польский р-н, с. Марфополь, ул Челюскина 73

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 17.12.14 по 31.12.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к II – III ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. ДДПП ШОП. C-м ПА. Венозно-ликворная дисфункция. НЦД по смешанному типу. Язвенная болезнь, а\фаза. Хронический гастродуоденит с болевым и диспепсическим синдромом. Рубцовая деформация луковицы 12перстной кишки. Хронический панкреатит вне обострения.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В 2013 в связи с декомпенсацией больному назначена дробная схема ИТ. Однако в связи с частыми гипогликемическими состояниями амбулаторно переведен на 2х кратное введение. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 20ед., п/у- 20ед. Гликемия –8-9,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает рамизес 2,5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.12.14 Общ. ан. крови Нв – 173 г/л эритр – 5,2 лейк – 6,2 СОЭ – 2 мм/час

э- 2% п- 2% с- 62% л- 30 % м-4 %

18.12.14 Биохимия: СКФ –112 мл./мин., хол –4,09 тригл -1,28 ХСЛПВП -1,14 ХСЛПНП -2,37 Катер -2,6 мочевина –8,0 креатинин –83 бил общ –10,2 бил пр – 2,4 тим – 2,3 АСТ – 0,22 АЛТ –0,32 ммоль/л;

22.12.14 Глик. гемоглобин – 8,4%

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

19.12.14 Суточная глюкозурия – 0,9 %; Суточная протеинурия – отр

##### 19.12.14 Микроальбуминурия –105,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.12 | 4,7 | 7,9 | 11,0 | 7,4 |
| 20.12 2.00-5,9 | 6,4 | 10,2 | 7,5 | 8,8 |
| 24.12 | 7,7 | 12,6 | 7,2 | 9,5 |
| 26.12 | 8,3 | 7,6 | 13,4 | 4,6 |
| 28.12 | 6,0 | 11,9 | 10,0 | 12,5 |
| 29.12 |  | 7,5 | 12,0 |  |

22.12.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. ДДПП ШОП с-м ПА. Венозно-ликворная дисфункция.

Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,7 ;

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

22.12.14ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция вертикальная.

19.12.14 Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

22.12.14 Р-скопия ЖКТ: Хр. гастродуоденит рубцовая деформация ЛДПК. Хр. панкреатит.

18.12.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.12.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

26.12.14 Гатсроэнтеролог: Язвенная болезнь, а\фаза. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим синдромом. Рубцовая деформация луковицы 12перстной кишки. Хронический панкреатит вне обострения.

18.12.14Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

23.12.14Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий: на руках.

23.12.14 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; функционального раздражения кишечника, изменений диффузного ипа в паренхиме простаты по типу хр. простатита.

17.12.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0 см3; лев. д. V = 8,0см3

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

Лечение: рамизес, диакарб, диалипон, солкосерил, витаксон, лира, L-лизин, нормовен,аспаркам, Фармасулин Н, Фармасулин НNР.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120\70 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.

Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з- 22-24ед., п/уж – 18-20ед., Фармасулин Н п/з - 4-6ед., п/уж – 2-4ед.( при необходимости).

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. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д., Контроль АД. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
3. Рамиприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 месн.
5. Рек. невропатолога: диакарб 1т 1раз в 3 дня № 8-1,5 мес., лира 500мг сутки 1,5 мес., массаж ШВЗ.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
7. Рек. гастроентеролога: стол № 5, проксиум 40 мг 1т\*2 р\день, де-нол 2 т\*2р\день 2 нед., маалокс 1 дес. ложка\*3 р/день 2 нед., пангрол 10000 1т\*3 р\день 2 нед.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.