#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1419

##### Ф.И.О: Зинченко Руслан Викторович

Год рождения: 1980

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Пролетарская 9а- 107

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.11.14 по 24.11.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к. Диабетическая энцефалопатия I ст на фоне патологический извитости правой ВСА. Стойкий цефалгический с-м. Венозная дисгемия. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Инфекция мочевыводящих путей. Миопия слабой степени ОИ. ДДПП ШОП. Хронический гепатит С (3а генотип),малой активности.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 135/80 мм рт.ст., головные боли, боли по ходу позвоночника, одышка при физ нагрузках.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Неустойчивая гликемия со слов пациента. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин R п/з-20 ед., п/о-20 ед., п/у-20 ед., Генсулин Н22.00 20 ед. Гликемия –9,6-10,9-15,8 ммоль/л. НвАIс – 9,7 % от 15.09.14. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 2-3 лет. АИТ, гипотиреоз выявлен в 2009 году . Постоянно принимает Эутирокс 125 мкг утром натощак. ТТГ – 3,65 от 10.11.14 В 2009году выявлен вирусный гепатит С, консультирован в гепатоцентре. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.11.14 Общ. ан. крови Нв – 155 г/л эритр – 4,7 лейк – 6,2 СОЭ –13 мм/час

э- 4% п- 0% с-60 % л- 29 % м-7 %

13.11.14 Биохимия: СКФ –118 мл./мин., хол –4,20 тригл -1,83 ХСЛПВП -1,18 ХСЛПНП -2,18 Катер -2,5 мочевина –5,2 креатинин –84 бил общ – 13,8 бил пр –3,4 тим –1,9 АСТ – 0,74 АЛТ – 1,73 ммоль/л;

24.11.14бил общ – бил пр – тим – АСТ – АЛТ – ммоль/л;

### 13.11.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - едв п/зр

17.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6000 эритр - белок – отр

14.11.14 Суточная глюкозурия – 2,85%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.11.14 Микроальбуминурия –60,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.11 | 11,9 | 15,8 | 14,9 | 3,8 |  |
| 16.11 | 16,5 | 17,7 | 12,1 | 9,7 |  |
| 19.11 2-00 4,6 | 13,6 | 19,1 | 8,1 | 3,1 | 4,1 |
| 22.11.14 | 13,6 | 17,5 | 11,5 | 11,5 |  |

20.11.14 Невропатолог: Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к. Диабетическая энцефалопатия 1 ст на фоне патологический извитости провой ВСА. Стойкий цефалгический с-м. Венозная дисгемия. ДДПП ШОП.

13.11.14Окулист: VIS OD= 0,2-2,0=1,0 OS= 0,2-2,0=1,0 Гл. дно без особенностей. Д-з: Миопия слабой степени ОИ.

12.11.14ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

13.11.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.11.14Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий: данные на руках.

13.11.14РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

24.11.14 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

14.11.14Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: . Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.11.14 Инфекционист гепатоцентра Хронический гепатит С (3а генотип),малой активности.

17.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 1,1 см3; лев. д. V =1,0 см3

Щит. железа меньше нормы. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин R, Генсулин Н, эутирокс ,диалипон турбо ,актовегин, витаксон.

Состояние больного при выписке: уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Стойкая компенсация больного не достигнута (в виду патологии со стороны ЖКТ), нуждается в продолжении стац. лечения для коррекции инсулинотерапии, однако настаивает на выписке по семейным обстоятельствам ,о чем имеется запись в истории болезни . Проведена беседа о необходимости соблюдения режима питания при сахарном диабете.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта , невропатолога ,окулиста ,инфекциониста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з-24-26 ед., п/о-22-24 ед., п/уж -18-20 ед., Генсулин Н 22.00 23-25 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 2,5 мг утром, курсами вечер. Контр. АД. МАУ.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога : Лизин эсцинат 10,0 на 100,0 физ. раствора в/в кап № 5-7 ,церебролизин 10,0 в/в № 10 (глиятон 1000 в/м № 10),танакан 1т \*3 р/д, виносмин МВ 1т \*2 р/сут 1-2 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Эутирокс 125 мкг/сут. утром натощак. Контроль ТТГ 1 раз в 6 мес.
10. Канефрон 2т\*3 р/д 4-8 нед .Контроль ан. мочи по Нечипоренко в динамике.
11. Рек. инфекциониста гепатоцентра контроль маркеров вир.гепатитов.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.