#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 859

##### Ф.И.О: Иванцов Вячеслав Миронович

Год рождения: 1973

Место жительства: Запорожский р-н с. Лежено, ул. Жовтневая 38

Место работы: н/р, инв 1 гр.

Находился на лечении с 14.07.15 по 31.07.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. Программный гемодиализ. Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Последствия перенесенного ишемического инсульта в области моста в ВББ (20.07.14), дизартрия, левосторонняя пирамидная симптоматика. С-м вестибулопатии САГ Ш ст.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая – 1985, 1986,1987. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о-5 ед., п/у- 5ед., Протафан НМ 22.00 – 18 ед. Гликемия –2,0-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5мг, амлодипин 5 мг. Протеинурия более 10 лет с 12.2013 назначен программный гемодиализ.19.06-13.07.15 – стац лечение в нефрологич. отд ЗОКБ. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.07.15 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр –4,1 лейк –7,3 СОЭ – 28 мм/час

э- 2% п- 2% с- 75% л- 18% м- 3%

15.07.15 Биохимия: СКФ –10,54 мл./мин., хол –4,7 тригл -0,85 ХСЛПВП -0,61 ХСЛПНП -3,7 Катер -6,7 мочевина – 8,7 креатинин – 709 бил общ – 8,5бил пр –2,1 тим – 1,7 АСТ – 0,29 АЛТ –0,16 ммоль/л;

22.07.15 Анализ крови на RW- отр

17.07.15 Мочевина – 9,4 креатинин – 476 мкмоль/л

17.07.15 К – 5,9 ; Са – 2,22 ммоль/л

23.07.15 К – 4,7 ммоль/л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.07 | 2,0 | 6,5 | 3,8 |  | 11,4 |
| 14.07 2.00-12,4 | 3,8 | 7,3 | 7,7 | 19,6 | 23,3 |
| 17.07 | 13,1 | 13,8 | 13,2 | 11,8 |  |
| 18.07 | 14,4 | 10,6 | 8,0 | 9,6 | 10,2 |
| 20.07 | 18,0 | 16,6 | 6,7 | 6,9 | 7,5 |
| 21.07 |  |  |  |  | 8,6 |
| 22.07 2.00-6,7 | 3,4 | 4,8 | 9,5 |  | 14,4 |
| 23.05 2.00-14,5 |  |  |  |  |  |
| 2.407 | 7,3 | 11,1 | 8,3 | 18,9 |  |
| 26.07 |  | 13.00-14,2 | 13,4 | 12,5 |  |
| 28.07 | 10,2 | 13,4 | 9,6 | 5,2 |  |
| 29.07. 2.00-5,4 | 3,1 | 6,2 | 5,5 |  | 11,9 |
| 31.07 | 8,3 |  |  |  |  |

16.07.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Последствия перенесенного ишемического инсульта в области моста в ВББ (20.07.14), дизартрия, левосторонняя пирамидная симптоматика. С-м вестибулопатии.

20.07.15Окулист: (осмотр в палате)

Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Неоваскуляризация. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Д-з: Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.07.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

16.07.15 Кардиолог: САГ Ш ст.

15.07.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, программный гемодиализ (ср, вс).

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется гипергликемия после окончания процедуры программного гемодиализа, что требует дополнительного введения инсулина Актрапид НМ. В связи с чем, стойкой компенсации достичь не удается. Больному даны рекомендации по соблюдению режима диетотерапии, регулярному самоконтролю. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-9-10 ед., п/о- 4-6ед., п/уж -4-6 ед., Протафан НМ 22.00 10-12 ед.

После окончания процедуры гемодиализа больной нуждается в дополнительном введении Актрапид НМ 4-8 ед под контролем гликемии.

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: амлодипин 5 мг утром, 2,5 мг веч, бисопролол 5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
3. Тардиферон 1т 1р\д, кальцемин-адванс 1т 1р/д, Контроль ионизированного кальция, К, Na, паратгормона, ОАК в динамике.
4. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., актовегин 10,0 в/в № 10
5. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А.

Нач. мед. Костина Т.К.