#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 355

##### Ф.И.О: Горбачев Константин Владимирович

Год рождения: 1984

Место жительства: г. Запорожье, пр. Ленина/ул. Комсомольская 13/13 - 10

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.03.15 по 23.03.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и кетоацидозу, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия с венозно-ликворной дисфункции. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. НЦД по гипертоническому типу.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 120/80 мм рт.ст., частые гипогликемические.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-22 ед., п/о- 18ед., п/у- 20ед., Лантус 22.00 – 48-50 ед. Гликемия –3-8-12 ммоль/л. НвАIс - 7% от . Последнее стац. лечение в 2014г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.03.15 Общ. ан. крови Нв – 188 г/л эритр 5,6 лейк 5,4 СОЭ – 5 мм/час

э- 1% п- 0% с- 46% л- 45 % м- 8%

16.03.15 Биохимия: СКФ –125 мл./мин., хол –6,3 тригл -2,28 ХСЛПВП -0,9 ХСЛПНП -4,36 Катер -6,0 мочевина –4,8 креатинин –97,2 бил общ – 32,0 бил пр –5,8 тим –6,8 АСТ – 0,25 АЛТ – 0,45 ммоль/л;

### 18.03.15 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

16.03.15 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.03.15 Микроальбуминурия – 114,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.03 | 10,5 | 8,5 | 4,2 | 4,3 |  |

18.03.15Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия с венозно-ликворной дисфункции. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

18.03.Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0; Артерии сужены. Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

19.03.15ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м укороченного PQ. Гипертрофия левого желудочка.

13.03.15Кардиолог: НЦД по гипертоническому типу.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Лечение: Актрапид НМ, Лантус, гепдиф, пантосан, вазонат, витаксон, олфен.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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 Актрапид НМ: п/з-22 ед., п/о- 20ед., п/уж - 18ед., Лантус 22.00 50 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
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.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.