#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 955

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

Год рождения: 1984

Место жительства: г. Запорожье пр. Ленина 13-10

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 10.08.15 по 21.08.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия с венозно-ликорной дисфункцией. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХПБ 1ст Диабетическая нефропатия III ст. НЦД по гипертоническому типу.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головокружение, гипогликемические состояния.

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-20 ед., п/у- 18ед., Лантус 22.00 – 50 ед. Гликемия –8-10 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.08.15 Общ. ан. крови Нв –165 г/л эритр – 5,1 лейк – 5,2 СОЭ – 6 мм/час

э- 2% п- 2% с- 42% л- 49 % м- 5%

11.08.15 Биохимия: СКФ –97 мл./мин., хол –6,8 тригл -2,9 ХСЛПВП -0,99 ХСЛПНП -4,5 Катер -5,9 мочевина –5,2 креатинин –128,7 бил общ –20,8 бил пр – 4,4 тим –2,7 АСТ – 0,53 АЛТ –0,69 ммоль/л;

11.08.15 Анализ крови на RW- отр

### 11.08.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

14.08.15 Суточная глюкозурия – 1,47%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.08 | 12,4 | 7,7 | 7,7 | 5,5 | 12,3 |
| 12.08 | 10,9 |  |  |  |  |
| 14.08 | 7,2 | 7,0 |  |  |  |

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.

10.08.15ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось вертикальная. Неполная блокада ППГ. Периоды ускорения АВ проводимости.

13.03.15Кардиолог: НЦД по гипертоническому типу.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Лечение: Актрапид НМ, Лантус, нуклео ЦМФ, диалипон, стеатель, тиоктацид.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм 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 Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.