#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 967

##### Ф.И.О: Станищук Дмитрий Николаевич

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Запорожье ул. Днепровские пороги 15-6

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.08.15 по 21 .08.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ.. Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст СН0. САГ 1 ст Патология МАГ (умеренная извитость ВСА с 2х сторон), цефалгический с-м. Узловой зоб 1 ст. узел правой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/100 мм рт.ст., головные боли, колющие боли в сердце, боли в икроножных мышцах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2008 в связи с гипогликемическими состояниями в ОДБ был переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-14 ед., п/о- 14ед., п/у-15 ед., Левемир 22.00 – 24 ед. Гликемия –3,6-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 5 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.08.15 Общ. ан. крови Нв – 148 г/л эритр –4,6 лейк – 5,1 СОЭ – 4 мм/час

э- 1% п- 1% с- 73% л- 21 % м- 4%

12.08.15 Биохимия: СКФ –103 мл./мин., хол – 3,8тригл -0,99 ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП -2,25 Катер -2,4 мочевина –3,3 креатинин –90,2 бил общ –13,8 бил пр –3,5 тим –1,2 АСТ – 0,43 АЛТ –0,22 ммоль/л;

14.08.15Св.Т4 - 15,6 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –10,7 (0-30) МЕ/мл

### 12.08.15 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –1-3 в п/зр белок – 0,22 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

14.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр -250 белок – 0,033

13.08.15 Суточная глюкозурия – 2,1%; Суточная протеинурия – 0,034

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.08 | 9,7 | 10,1 | 2,8 | 8,3 | 3,6 |
| 14.08 |  |  | 5,9 |  |  |
| 17.08 | 6,3 | 3,2 | 3,9 | 4,3 | 5,3 |
| 18.08 02-4,3 |  |  |  |  |  |
| 20.08 | 3,0 | 6,8 | 4,5 | 3,0 | 10,0 |

11.08.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Патология МАГ (умеренная извитость ВСА с 2х сторон), цефалгический с-м.

11.07.15Окулист: VIS OD=0,1 OS= 0,1 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.08.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, аритмия.. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. С-м ранней реполяризации желудочков.

17.08.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст СН0. САГ 1 ст.

18.08.15ЭХО КС: КДР- 4,4см; КДО-89,6 мл; КСР- 2,41см; КСО-20,4 мл; УО-69,1 мл; МОК- 5,4л/мин.; ФВ-77 %; просвет корня аорты -2,54 см; ПЛП – 2,41 см; МЖП –0,7 см; ЗСЛЖ –0,73 см; ППЖ- 1,08см; ПЛЖ- 4,44см; По ЭХО КС: ПМК 1 ст без регургитации.

2014Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.08.15РВГ:. Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

20.08.15 УЗИ почек правая – 10,3\*3,7\*5,5 см, левая – 11,1-4,7\*5,6 см, Закл: четких структурных изменений органов МВС не выявлено.

13.08.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,9 см3; лев. д. V =6,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. В пр. доле у переднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,81 \*0,42 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Мелкий узел правой доли.

Лечение: Новорапид, Левемир, берлиприл, эспа-липон, актовегин, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 120/70-140/80 мм рт. ст. Уменьшилась такикардия.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-14-16 ед., п/о- 12-14ед., п/уж – 14-16ед., Левемир 22.00 24-26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии.
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: кандесртен 4-8 мг/\*сут с контролем АД. Контроль АД, ЭКГ.
8. Берлиприл 5-10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Эспа-липон (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
11. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д
12. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.