#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 589

##### Ф.И.О: Алмамедов Теймур Рахманович

Год рождения: 1991

Место жительства: г. Запорожье ,ул. Казачья 41-45

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 08.05.15 по 21.05.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст, солевой диатез. НЦД по гипертоническому типу.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, периодические гипогликемические состояния в утр часы 2-3 р/мес, головные боли, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., снижение веса на 3 кг за год, слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г (с 9 летнего возраста) в кетоацидотическом состоянии.. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее проживал и состоял на Д учете в г. Луганск. По реестре больных СД г. Луганск получал Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 14ед., п/о- 14ед., п/у- 14ед., Левемир п/з 22 ед, п/у 22 ед. Гликемия –5,0-15,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2014г (г. Луганск). Боли в н/к в течение 7 лет. Повышение АД зафиксировано впервые. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.05.15 Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр – 4,5лейк –7,5 СОЭ –3 мм/час

э-2 % п-0 % с-70 % л-22 % м-6 %

12.05.15 Биохимия: СКФ –78 мл./мин., хол –5,0 тригл -1,41 ХСЛПВП 1,02- ХСЛПНП -3,33 Катер – 3,9мочевина –3,9 креатинин –103 бил общ –10,2 бил пр –2,5 тим –2,0 АСТ – 0,16 АЛТ – 0,30 ммоль/л;

12.05.15 Глик. гемоглобин – 11,6%

### 13.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 2-4 ,эрит 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед

15.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

13.05.15 Суточная глюкозурия –1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.05.15 Микроальбуминурия –122,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.05 | 4,9 | 3,0 | 5,0 | 10,2 |
| 14.05 | 3,9 | 5,8 | 5,1 | 5,1 |

08.05.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

18.05.15Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

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

08.05.15ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

13.05.15Кардиолог: НЦД по гипертоническому типу.

14.05.15ЭХО КС: КДР4,7- см; КДО- 103мл; КСР- 3,29см; КСО- 43,7мл; УО62,0 мл; МОК- 4,7л/мин.; ФВ- 58%; просвет корня аорты – 3,07см; ПЛП -2,77 см; МЖП – 0,70 см; ЗСЛЖ –0,85 см; По ЭХО КС: Минимальная трикуспидальная регургитация.

12.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.05.15Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, солевой диатез

12.05.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

18.05.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени, конкремента в правой почке, нельзя исключить наличие микролитов в почках, без нарушения урокинетики.

08.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1см3; лев. д. V = 5,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура мелкозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: нуклео ЦМФ, эналаприл, адаптол, Новорапид, Левемир, диалипон, витаксон, актовегин, армадин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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: Новорапид п/з- 14-16ед., п/о- 14-16ед., п/уж -14-16 ед., Левемир п/з 22-24 ед, п/у 22-24 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. Рек. кардиолога: фитосед 1к 4р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: армадин 125 мг 2р\д 1 мес.
10. Рек. нефролога: Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес курсами 4 р/ год нефрофит(фитолит) контр УЗИ.
11. Рек. окулиста: 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 Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.