#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1257

##### Ф.И.О: Луценко Юрий Николаевич

Год рождения: 1981

Место жительства: Веселовский р-н, пгт Веселое, ул. Садовая 6-2

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.10.15 по 28.10.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма ,лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям ,декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Макулярный отек ОД Хроническая дистальная диабетическая симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма с преимущественным поражением нижних конечностей .Дисметаболическая энцефалопатия I ,преимущественно в ВББ, венозно –ликворная дисфункция на фоне дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника шейного отдела . ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ,нефротический синдром. Симтоматическая артериальная гипертензия 3 степени. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния разное время суток, сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы: гипогликемическая - 2009. В анамнезе частые гипогликемические состояния С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-15 ед., п/о-12 ед., п/у- 10ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 18-20 ед. Гликемия –3-18 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 5лет. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает карведилол 25 мг 2 р /день, берлиприл 20 мг2 р /день, семлопин 2,5 мг 1 р день.Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.10.15 Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр –4,2 лейк – 5,2 СОЭ –20 мм/час

э- %1 п- 1% с- 69% л- 23 % м- 7%

16.10.15 Биохимия: СКФ –51,56 мл./мин., хол –7,4 тригл – 0,95ХСЛПВП -2,28 ХСЛПНП – 4,68Катер -2,2 мочевина –4,0 креатинин –181,2 бил общ –15,5 бил пр –3,9 тим – 4,08 АСТ – 0,30 АЛТ –0,42 ммоль/л;

20.10.15 Общий белок -57

24.10.15общ. белок – 53,5 г/л; К – 4,0 ; Nа – 141 ммоль/л

21.10.15мочевина –4,3 креатинин –163,2

21.10.15 Проба Реберга: Д-2,2 л, d-1,52 мл/мин., S- 1,86кв.м, креатинин крови- 164,4мкмоль/л; креатинин мочи- 7560 мкмоль/л; КФ- 65,01мл/мин; КР- 97,66 %

16.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –1-3 эрит 2-3 в п/зр белок – 1,22 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

20.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - 8000 белок – 1,50

26.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,600

19.10.15 Суточная глюкозурия – 1,4%; Суточная протеинурия – 3,93

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.10 | 15,1 | 19,0 | 4,8 | 3,6 | 10,7 |
| 17.10 2.00-19,2 | 10,1 | 3,1 | 9,4 | 10,5 |  |
| 19.10 |  |  |  | 9,3 | 15,5 |
| 20.10 2.00-9,4 |  |  |  |  |  |
| 21.10 | 14,5 | 10,0 | 16,2 | 21,4 | 7,4 |
| 22.10 2.00-8,1 | 12,6 | 5,4 | 8,4 | 6,1 | 15,8 |
| 23.10 | 14,9 | 4,7 | 6,5 | 5,1 |  |
| 24.10 | 4,7 | 3,7 | 6,4 | 6,0 |  |
| 26.10 |  | 4,7 |  |  |  |

15.10.2015Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма с преимущественным поражением нижних конечностей .Дисметаболическая энцефалопатия I ,преимущественно в ВББ, венозно –ликворная дисфункция на фоне дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника шейного отдела

15.10.15Окулист: VIS OD= 0,05н/к OS= 0,1 н/к

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Отек сетчатки. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Макулярный отек ОД

08.10.15ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм предсердный, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

21.10.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22,10.15Осмотр асс. кафедры внутренних болезней Соловьюк А.О Д-з –см.выше.

16.10.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.10.15 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, нефротический синдром артериальная гипертензия.

16.10.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затрудненние венозного оттока справа.

15.10.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,9 см3; лев. д. V = 8,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

21.10УЗИ ОБП ,почек(прилагается): Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р,Инсуман Рапид ,Инсуман Базал, карведилол ,берлиприл ,индап ,семлопин ,торсид ,лизиноприл,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Инсуман Рапид, Инсуман Базал.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,нефролога ,кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9,ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид, п/з- 10-12ед., п/о-10-12 ед., п/уж -10-12 ед., Инсуман Базал 22.00 24-26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии ,общего белка К , Nа в динамике.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Конс. кардиолога по м/жит, коррекция гипотензивной терапии при показаниях. В настоящее время принимает - карведилол 25 г 2 р /день ,лизиноприл 10 мг 2 р/день ,семлопин 5 мг 1 р /день.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап №10., витамины гр В № 10, вестибо 24 мг 2р\д-1 мес, кортексин 10 мг в/м №10
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ, адекватный прием белковой пищи. Бисопролол 5-10 мг /сутки ,лизиноприл 10-20 мг в сутки ,при необходимости физиотенз 0,4 мг в сутки
10. Рекомендации асс. кафедры внутренних болезней Соловьюка А.О- контроль креатинина крови ,мочевины в динамике .Коррекция гипотензивной терапии- применение антогонистов рецепторов ангиотензина II, к лечению добавить моксгамму .

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.