#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 224

##### Ф.И.О: Сердюк Игорь Владимирович

Год рождения: 1980

Место жительства: г. Энергодар ул. Курчатова 16-72

Место работы: Управление образования ЭГС Энергодарская ООШ № 7, сторож, инв Ш гр.

Находился на лечении с 16.02.15 по 27.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия ПК 1 ст. СН 0. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза. Цереброастенический, цефалгический с-м на фоне венозно-ликворной дисфункции, ДДПП ШОП. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Посттравматический остеоартроз таранно-пяточного сустава.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, частые гипогликемические состояния, давящие боли в области сердца, учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В 2009 в Харьковском НИИ переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 16-12 ед., п/о- 12ед., п/у-10 ед., Левемир 22.00-22ед. Гликемия –14,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 02.2014г. Боли в н/к в течение 4 лет. В 2001 выявлен гепатит В, наблюдается ежегодно в гепатоцентре. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

.02.15 Общ. ан. крови Нв – 158 г/л эритр –4,9 лейк – 5,6 СОЭ –2 мм/час

э- 1% п- 1% с- 62% л- 33 % м- 3%

17.02.15 Биохимия: СКФ –121,9 мл./мин., хол – 5,9тригл -1,48 ХСЛПВП – 1,16 ХСЛПНП -4,06 Катер -4,08 мочевина –3,0 креатинин –90 бил общ –13,2 бил пр –3,3 тим – 2,4 АСТ – 0,27 АЛТ –0,24 ммоль/л;

14.02.15 С-рективный белок – отр

17.02.15 Глик. гемоглобин -11,4 %

16.02.15 Анализ крови на RW- отр

### 17.02.15 Общ. ан. мочи уд весм\м лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

18.02.15 Суточная глюкозурия – 3,27%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.02.15 Микроальбуминурия – 35,1мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.02 |  |  |  | 17,9 |  |
| 17.02 | 14,0 | 11,6 |  | 4,9 |  |
| 18.02 | 12,1 | 10,4 | 4,1 | 11,3 |  |
| 19.02 2.00-10,3 |  |  |  |  |  |
| 21.02 | 5,9 | 7,5 | 3,6 | 10,6 | 12,7 |
| 23.02 |  |  | 12,3 | 6,3 | 6,1 |
| 25.02 |  |  | 7,5 |  |  |

26.02.15 5 стандартных проб: ДАНС, явные изменения.

17.02.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза. Цереброастенический, цефалгический с-м на фоне венозно-ликворной дисфункции, ДДПП ШОП.

16.02.15Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.02.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

18.02.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст СН1.

20.01.15 Р-гр правой пяточной кости в 2х проекциях: определяется консолидированный перелом пяточной кости. Признаки артроза таранно-пяточной области

17.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.02.15 Осмотр асс каф терапии к.м.н. Ткаченко О.В.: Посттравматический остеоартроз таранно-пяточного сустава.

17.02.15РВГ: Нарушение кровообращения справа – IIст, слева – 1 ст ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

17.02.15Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

24.02.15 Ревматолог: Убедительных данных за ревматологическую патологии на момент осмотра нет.

18.02.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 115/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта кардиолога, невропатолога, инфекциониста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-17-19 ед., п/о-11-13 ед., п/уж – 10-12ед., Левемир 22.00 26-28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. 1мес, наст. валерианы 5-10 к 2р\д 2-3 нед. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж (при возможности).
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: ноотропил 10,0 в/в № 10, диакарб 1 т 1р в 3 дня № 6-8 + аспаркам 1т 3р\д в день приема диакарба.
10. Рек асс каф к.м.н. Ткаченко О.В.: диклак гель местно, при выраженных болях ревмоксикам 7,5-15 мг 1р\сут, СаД3 никомед 1т 2р/д 2 мес, терафлекс 1т 3р/д 1 мес затем 1т 2р\д 2 мес. Конс травматолога.
11. 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.
12. Конс и наблюдение в гепатоцентре.
13. Б/л серия. АГВ № 234754 с 16.02.15 по 27.02.15. К труду 28.02.15.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.