#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 962

##### Ф.И.О: Жуковский Владимир Игоревич

Год рождения: 1967

Место жительства: К-Днепровский р-н, г. Каменка Днепровская ул. Центральная 287

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 12.08.16 по 26.08.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия, ВМП ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, астенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I без систолической дисфункции дислипопротеинэмия

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния в разное время суток, слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г в кетоацидотическом состоянии во время учебы в военном училище. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимал различные виды инсулина. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 12ед., п/о-12 ед., п/у- 12ед., Протафан НМ, 22.00 12 ед. Неоднократно госпитализировался в военный госпиталь , Киевский НИИ эндокринологии. Гликемия –1,2-18,0 ммоль/л. НвАIс – 8,3 % от 06.2016. Последнее стац. лечение в 2008г (г. Киев). Боли в н/к в течение 20 лет. Повышение АД в течение года лет. Из гипотензивных принимает дифорс. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.08.16 Общ. ан. крови Нв –147 г/л эритр – 4,4 лейк – 7,7 СОЭ –2 мм/час

э- 0% п- 0% с- 81% л- 14 % м- 5%

15.08.16 Биохимия: СКФ –69,0 мл./мин., хол –5,21 тригл -1,32 ХСЛПВП -1,68 ХСЛПНП -2,93 Катер -2,1 мочевина –5,2 креатинин –122,1 бил общ –10,3 бил пр –2,6 тим – 2,7 АСТ –0,42 АЛТ – 0,49 ммоль/л;

### 16.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

15.08.16 Суточная глюкозурия – 1,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 19.08.16 Микроальбуминурия –98,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.08 | 13,8 | 19,3 | 3,8 | 10,4 | 7,8 |
| 16.08 | 14,1 |  | 4,2 |  |  |
| 17.08 | 11,1 | 12,9 | 8,1 | 11,4 |  |
| 19.08 2.00-9,1 | 16,8 | 13,7 | 8,2 |  |  |
| 22.08 | 9,7 | 8,8 12.55-3,5 | 4,1 | 13,7 |  |
| 23.08 | 13,5 | 11,9 13.30-2,9 | 6,6 |  |  |
| 25.08 | 7,6 | 8,2 | 7,0 | 9,1 |  |

11.07.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1 , астенический с-м.

19.08.16Окулист: VIS OD= 0,9-1, OS= 0,9-10, ; ВГД OD= 21 OS=23

Оптические среды прозрачные ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:3, сосуды неравномерного калибра, расширение 1 порядка, сужение II-Ш порядка, извиты, Салюс I-II. В макулярной области рефлекс сглажен, депигментация . Д-з: . Непролиферативная диабетическая ретинопатия, ВМП ОИ.

12.08.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

19.08.16Кардиолог: . Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I без систолической дисфункции, дислипопротеинэмия.

17.08.16ЭХО КС: КДР- 5,9см; КДО-175 мл; КСР- 3,9см; КСО-67 мл; УО- 108мл; МОК- 8,4л/мин.; ФВ- 62%; просвет корня аорты -2,1 см; ПЛП -3,9 см; МЖП – 0,9 см; ЗСЛЖ – 0,9см; По ЭХО КС: Умеренно увеличение полости ЛЖ. Дополнительная хорда ЛЛЖ с прикреплением в с/3 МЖП.

15.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к с сохранением проходимости периферического русла.

17.08.16Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

16.08.16РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. .

17.08.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования подж. железы.

12.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,9 см3; лев. д. V = 5,5 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, валериана, тиоктацид, актовегин, мильгамма, нуклео ЦМФ, стеатель.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Актрапид НМ п/з-12-14 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -8-10 ед., Протафан НМ 22.00 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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: нолипрел форте 1т\*утром, амлодипин 5-10 мг веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., клопидогрель 75 мг веч, трайкор 145 мг 1р\д. Контроль липидограммы через 2 мес.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.,1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.