#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1066

##### Ф.И.О: Деменко Вадим Борисович

Год рождения: 1973

Место жительства: г. Энергодар ул. Центральная 8-51

Место работы: н/р

Находился на лечении с 07.09.16 по 16.09.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст., артериальная гипертензия. Дисметаболическая энцефалопатия1, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния купируемые дополнительным приемом пищи, около 3 нед назад тяжелая гипогликемия в ночное время с потерей сознания ( вызов СМП), головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемическая – 2009, последняя (08.2016). Постоянно инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМп/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Протафан НМ 22.00 10 ед. Гликемия –1,8-18 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.09.16 Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр – 4,2 лейк –6, СОЭ – 8 мм/час

э- 1% п- % с- 72% л- 23 % м- 4%

08.09.16 Биохимия: СКФ –66,3 мл./мин., хол –5,3 тригл – 1,65ХСЛПВП – 1,92ХСЛПНП 2,6- Катер 1,76 мочевина – 3,18 креатинин –124 бил общ – 19,4 бил пр –5,5 тим –2,2 АСТ –0,55 АЛТ –0,61 ммоль/л;

09.09.16 Глик. гемоглобин – 8,2%

### 08.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1004 эрит ссв – 2,3 выщел. 1-2 лейк – на ½ в п/зр белок – 1,33 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр почечны – 01 в п/зр цл 0-1

13.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 1000 белок – 1,355

12.09.16 Суточная глюкозурия – 3,1%; Суточная протеинурия – 1,09

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.09 | 8,0 | 6,8 | 2,6 | 2,0 |  |
| 10.09 | 14,2 | 12,7 | 12,3 | 3,8 | 2,4 |
| 11.09 2.00-2,4 |  |  |  |  |  |
| 13.09 | 6,3 | 8,5 | 2,0 | 2,3 | 5,7 |
| 15.09 200-3,7 | 6,4 | 9,5 | 5,1 | 5,3 | 4,6 |

07.09.16Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия1, цереброастенический с-м . Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма

07.09.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; Оптические среды и глазное дно без особенностей.

07.09.16ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

08.09.16Кардиолог: без патологии

08.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.09.16Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

08.09.16РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. .

07.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8 см3; лев. д. V =7,0 см3

Перешеек – 0,28см.

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,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям. АД 120/70 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-10-12 ед., п/о-6-8ед., п/уж -4-6 ед., Протафан НМ22.00 10-12ед. При сохраняющихся гипогликемических состояниях, комах, повторная госпитализация для изменения видов инсулина.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витаксон 3,0 в/м № 10,0 тивортин в/в кап № 10
9. Рек. нефролога: избегать переохлаждений, тяжелого физического труда, констроль ОАК, ОАМ, показателей азотемии в динамике. УЗИ МВС контроль 1-2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ и АРА II.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.