#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 87

##### Ф.И.О: Рыжов Геннадий Георгиевич

Год рождения: 1974

Место жительства: Акимовский р-н, п.г.т. Акимовка ул. Первомайская 34

Место работы: н/р

Находился на лечении с 21.01.16 по 02.02.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейном уровне с преимущественным поражением C5-Д1стеноз позвоночного канала на уровне С1. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния практически ежедневно без предвестников, при обычном режиме диетотерапии и физ. нагрузок.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая 2012. С начала заболевания ССП. С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-45 ед., п/о- 15ед., п/у- 8ед., Фармасулин НNР 22.00 – 32 ед. 08.2015 кетоацидотическое состояние, проходил стац лечение ОИТ Акимовской ЦРБ. Последнее стац лечение в ОКЭД 09.2015. После выписки из ОКЭД неоднократно вызов скорой мед. помощи в связи с частыми гипоглик состояниями, купируемые в/в введением глюкозы (сопроводительные листы прилагаются). Гликемия –1,8-11 ммоль/л. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5. В 2004 панкреонекроз состоит на «Д» учете у гастроэнтеролога с хроническим панкреатитом, ГЭРБ Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.01.16 Общ. ан. крови Нв – 151 г/л эритр –4,7 лейк – 5,2 СОЭ – 3 мм/час

э- 4% п- 1% с- 66% л- 21 % м- 8%

22.01.16 Биохимия: СКФ –87 мл./мин., хол –3,73 тригл – 1,22ХСЛПВП -1,9 ХСЛПНП –127Катер -0,96 мочевина – 0,96 креатинин – 101 бил общ –10,2 бил пр –1,6 тим – 1,6 АСТ – 0,34 АЛТ – 0,6 ммоль/л;

22.01.16 Глик. гемоглобин -8,1 %

26.01.16 lgE общ – 125,0 (0-87)

22.01.16ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –12,1 (0-30) МЕ/мл

### 22.01.16 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

25.01.16 Суточная глюкозурия –1,69 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.01.16 Микроальбуминурия –78,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.01 2.31 | 12,6 | 3,1 | 6,3 | 5,6 |
| 24.01 | 9,2 | 16,4 | 9,2 | 10,9 |
| 26.01 2.00-3,5 | 5,7 | 11,0 | 9,0 | 7,5 |
| 28.01 2.00-5,5 | 3,7 | 4,0 | 3,9 | 3,4 |
| 31.01 | 6,4 | 7,3 | 9,0 | 12,9 |
| 01.02 |  |  |  | 5,3 |

22.01.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейном уровне с преимущественным поражением C5-Д1стеноз позвоночного канала на уровне С1

Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,5 ;

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

21.01.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ.

21.01.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени.

02.02.16ЭХО КС: КДР-4,68 см; КДО- 101,4мл; КСР- 2,96см; КСО- 33,7мл; УО- 67,6мл; МОК- 4,04л/мин.; ФВ- 66%; просвет корня аорты – 3,4см; ПЛП -2,66 см; МЖП –0,99 см; ЗСЛЖ 0,94 см; ППЖ-1,08 см; ПЛЖ-4,68 см; По ЭХО КС: Дополнительная хорда ЛЖ.

28.01.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.01.16РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

21.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,3 см3; лев. д. V = 5,7см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Левемир, Новорапид, эналаприл, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, глюкоза 40%.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм 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 Левемир, Новорапид,.

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-16 ед., п/о-6 ед., п/уж -6ед., Левемир 22.00 26ед.
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: эналаприл 5-10 мг \*2р/д. Контроль АД, ЭКГ.
7. Рек. невропатолога: конс вертебролога.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
10. 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 Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.