#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1130

##### Ф.И.О: Станищук Дмитрий Николаевич

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Запорожье ул. Днепровские пороги, 15/6

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 14.08.17 по 23.08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. NSS 4 NDS 5 Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Узловой зоб 1 ст, узел правой доли щит. железы. Эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия СН 0 ст. САГ 1 ст. С-м вегетативной дисфункции, цефалгический с-м. Патология МАГ (умеренная извитость ВСА с 2х сторон). Осложненная катаракта, миопия слабой степени ОИ

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ Протафан НМ). С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на Новорапид Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-18 ед., п/о- 16ед., п/у- 18ед., Левемир 22.00 – 29 ед. Гликемия –9,7 ммоль/л. НвАIс – 9,7 % от 06.2017 . Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 15.08 | 136 | 4,1 | 6,3 | 6 | 0 | 1 | 71 | 26 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.08 | 108 | 3,9 | 1,24 | 1,29 | 2,04 | 2,02 | 3,5 | 91 | 20,3 | 5,3 | 1,39 | 0,29 | 0,36 |

18.08.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –43,1 (0-30) МЕ/мл

15.08.17 К – 1,29 ; Nа –142,5 Са - Са++ -1,01 С1 – 102,5 ммоль/л

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

16.08.17 Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – 0,101

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.08 | 8,5 | 7,9 | 5,3 | 4,6 |
| 17.08 | 8,1 | 4,9 | 5,0 | 4,0 |
| 22.08 |  |  |  |  |

18.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма NSS 4 NDS 5 с-м вегетативной дисфункции, цефалгический с-м. Патология МАГ (умеренная извитость ВСА с 2х сторон). Рек: бифрен 1т 3р/д, нуклео ЦМФ, № 10, а-липоевая кислота 600 мг в/в № 10.

17.08.17Окулист: VIS OD=0,1сф – 2,0=1,0 OS=0,1сф – 1,5=1,0

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосудистая воронка глубокая, расширена А:V 1:2 Сосуды сужены, вены неравномерного калибра, полнокровны. Единичные микроаневризмы. В макуле депигментация. Д-з: Осложненная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

14.08.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

15.07.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК ? СН 0. САГ 1 ст.

Рек. кардиолога: УЗДГ БЦА, динамика АД, небивалол 2,5-5 мг.

16.08.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Рек: Плестол 100мг, этсет 10мг 1р/д.

14.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Рек РВГ+ Доплер н/к.

17.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; застоя в ж/пузыре,

14.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,8 см3; лев. д. V = 6,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура без особенностей В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,98\*0,56 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Узел правой боли

Лечение: Новорапид, Левемир, тиогамма, актовегин, витаксон

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД120/80 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: Новорапид п/з- 18ед., п/о-16 ед., п/уж -18 ед., Левемир 22.00 29 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 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. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла пр. доли щит. железы ( отд. трансплантологии ЗОКБ)
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 Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В