#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1127

##### Ф.И.О: Кривицкий Артем Юрьевич

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Запорожье ул. Космическая 102/10

Место работы: инв II гр

Находился на лечении с 10.08.17 по 30.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма., NSS 3 NDS 3 . Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Резидуальная энцефалопатия, когнитивный дефицит, моторная афазия, ликворо гипертензивный с-м. НЦД по смешанному типу. ПМК 1 ст. СН 0. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания диетотерапия. С 2016 инсулинотерапия принимал Актрапид НМ ,Протафан НМ . С 2011 переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-8 ед., п/о- 10ед., п/у-8 ед., Левемир п/з 36 ед. п/у 12-14 ед. Гликемия –3,9-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Резидуальная энцефалопатия, когнитивный дефицит, моторная афазия, ликворо гипертензивный с-м. 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 |
| 11.08 | 15 | 4,3 | 3,7 | 20 | 2 | 2 | 71 | 24 | 1 |
| 18.08 | 149 | 4,5 | 3,1 | 13 | 3 | 0 | 74 | 21 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.08 | 92,6 | 3,6 | 0,98 | 13,0 | 2,2 | 2,6 | 3,7 | 76 | 9,6 | 2,6 | 1,17 | 0,2 | 0,14 |

15.08.17 Глик. гемоглобин – 6,9%

11.08.17 Анализ крови на RW- отр

### 11.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

18.08.17 Суточная глюкозурия – 4,4%; Суточная протеинурия – 0,158

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.08 | 6,0 | 8,8 | 4,6 | 4,6 |  |
| 17.08 | 8,7 | 9,6 | 6,2 | 7,0 |  |
| 20.08 | 7,6 | 7,4 | 5,6 |  |  |
| 23.08 | 7,5 | 9,,0 | 6,3 |  |  |
| 26.08 | 8,8 | 5,1 | 8,7 | 4,4 | 9,2 |
| 27.08 | 8,6 | 9,4 | 7,0 | 4,1 |  |
| 28.08 | 9,8 | 5,6 | 8,3 |  |  |
| 29.08 | 4,2 |  |  |  |  |

25.08-28.08.17 суточное мониторирование глюкозы системой SGM iPro( заключение прилагается).

15.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма., NSS 3 NDS 3 . Резидуальная энцефалопатия, когнитивный дефицит моторная афазия, ликворо гипертензивный с-м.

150.08.17Окулист: Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Сосуды сужены ,извиты ,вены полнокровны, Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

10.08.17ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м укороченного PQ.

16.08.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу. ПМК 1 ст. СН 1.

11.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

16.08.17РВГ: Нарушение кровообращения II – Ш ст с обеих сторон

17.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки,

10.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,6 см3; лев. д. V = 4,2 см3

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

Лечение: Т-триомамкс, гептрал, тиогамма, актовегин, нейромакс, ксефокам, нейробион, Новорапид, Левемир.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70мм 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- 8-10ед., п/о- 10-12ед., п/уж -8-10 ед., Левемир п/з 36-38 ед, п/у 12-14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Эналаприл 2,5 мг утром курсами Контр. АД.
8. Тиогамма 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. Контроль ОАК в динамике.
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.

И/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В