#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 534

##### Ф.И.О: Радионов Алексей Александрович

Год рождения: 1979

Место жительства: г. Днепрорудный ул, Комсомольская 19 - 209

Место работы: ЧАО «ЗЖРК», администратор систем, инв Ш гр

Находился на лечении с 10.04.17 по 21.04.17 в энд. 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 (NSS 4 NDS 5) . Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м, астеноневротический с-м.

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, головокружение, гипогликемические состояния 2- 3 р/мес , боли в коленных суставах

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-25 ед., п/о- 20ед., п/у- 15ед., Фармасулин НNP 22.00 15 ед. Гликемия – 5-20 ммоль/л. Боли в н/к в течение 10 лет. Усиление болевого с-ма в течение 5 мес. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналприл 5 мг 1р\д 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 |
| 11.04 | 160 | 4,8 | 3,8 | 7 | 1 | 2 | 54 | 42 | 1 |
| 18.04 | 143 | 4,3 | 5,8 | 5 | 3 | 1 | 70 | 23 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.04 | 175 | 6,1 | 1,14 | 1,2 | 4,4 | 4,1 | 3,3 | 71,5 | 10,8 | 2,6 | 0,67 | 0,25 | 0,3 |

14.04.17 К – 4,17 ; Nа –138 Са++ -1,17 С1 - 100 ммоль/л

### 11.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 8-10 в п/зр белок – отр ацетон –следы; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

12.04.14 ацетон – отр

12.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

12.04.17 Суточная глюкозурия – 1,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.04.17 Микроальбуминурия – 69,4мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.04 | 5,5 | 3,7 | 3,6 | 7,5 |
| 13.04 | 14,7 | 10,2 | 2,9 | 8,5 |
| 14.04 2.003,4 | 9,7 | 8,1 | 6,1 | 8,6 |
| 21.04 2.00-5,3 | 9,5 |  |  |  |

10.04.17Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м, астеноневротический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4 NDS 5)

12.04.1.7Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, вены полнокровны. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

10.04.17 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.04.14Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р\д, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

10.04.17 Фг; 103927: легкие и сердце в норме.

21.04.14Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.04.17 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

11.04.14 Допплерография: ЛПИ справа –1,2, ЛПИ слева –1,2 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

20.04.17 р- гр коленных суставов: признаки умеренно выраженного субхондрального склероза, характерно для начала ДОА.

10.4.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,1 см3; лев. д. V =7,8 см3

Перешеек –0,58 см.

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

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, диалипон, кортексин, витаксон, армадин, эналаприл, атоксил.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм 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: Фармасулин Н п/з- 25ед., п/о- 16ед., п/уж -15 ед., Фармасулин НNP 22.00 16-18 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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес. витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: армадин лонг 300 мг 1р\д1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Конс. ревматолога пом\ж учитывая изменения по данным р-гр коленных суставов.
12. Б/л серия. АГВ № 2357 с 10.04.17 по 21.04.17. к труду 22 .04.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В