#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 644

##### Ф.И.О: Криворотько Александр Валентинович

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье ул. Горького 109

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 28.04.17 по 10.05.17 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 (NSS 4, NDS 4) хроническое течение Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2012 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-8 ед., п/о- 10ед., п/у-8 ед., Левемир 22.00 – 38 ед. Гликемия –6,4 ммоль/л. НвАIс -9,7 % от 04.2017. Последнее стац. лечение в 2015г. ДТЗ с 2010, принимал тирозол в течение года, затем мерказолил до 2015. С 2015 не принимает тиреостатики. 10.04.17 ТТГ – 0,57 ( 0,4-4,0), Т4св – 18,8 ( 11,2-22,7), АТТПО – 27,0 (0-30) от 2010. В 05.2016 перенес лапаротомию. Ушивание прободной язвы ДПК. Дренирование брюшной полости. 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 |
| 03.05 | 152 | 4,5 | 4,5 | 8 | 5 | 4 | 48 | 42 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.05 | 87,7 | 5,5 | 0,83 | 2,21 | 2,9 | 1,5 | 6,9 | 85,8 | 10,0 | 2,5 | 0,45 | 0,14 | 0,20 |

### 05.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк 8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

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

03.05.17 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 04.05.17 Микроальбуминурия –59,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.04 | 5,1 | 4,2 | 7,4 | 11,8 |  |
| 07.05 | 4,0 | 5,0 | 4,1 | 8,7 | 6,9 |

05.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) хроническое течение

03.05.17 Окулист: VIS OD= 0,8сф+ 0,5д=1,0 OS=0,1сф +2,5д=0,2

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены полнокровны, сосуды извиты, склерозированы с-м Салюс 1 ст. В макуле депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

28.04.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

03.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к1 ст. Онихомикоз стоп.

03.05.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.05.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

28.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,6 см3; лев. д. V =6,3 см3

Перешеек –0,49 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, тиогамма турбо, мильгамма, актовегин,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия Новорапид: п/з-8-10 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -8-10 ед., Левемир 22.00 38-40 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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. 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Т4св 1р в 6 мес.
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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В