#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1599

##### Ф.И.О: Громенко Евгений Анатольевич

Год рождения: 1966

Место жительства: К-Днепровский р-н с. К-Днепровская ул. Красноармейская 104

Место работы: К-Днепровский РСТК ,охранник

Находился на лечении с 14.11.17 по 24 .11.17 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), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОД Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Начальная катаракта ОИ. Состояния после ППЛК ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы кетоацидотическая – 1997, гипогликемическая – 1980г.р. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 8ед., п/о-6ед., п/у- 6ед. Левемир 22.00 – 10 ед Гликемия – 3-20ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10мг 1 р/день. 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 |
| 15.11 | 152 | 4,6 | 5,6 | 6 | 2 | 2 | 52 | 38 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.11 | 81 | 4,09 | 1,54 | 1,53 | 1,85 | 1,7 | 7,4 | 85 | 165 | 3,0 | 0,81 | 0,33 | 0,14 |

15.11.17 Глик. гемоглобин – 8,3%

17.11.17 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

15.11.17 К – 4,74 ; Nа – 135 Са++ -1,09 С1 - 104 ммоль/л

### 15.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 2-3в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

16.11.17 Суточная глюкозурия –1,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.11.17 Микроальбуминурия –17,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.11 | 19,0 | 8,4 | 5,3 | 3,2 |  |
| 16.11 | 12,4 | 11,6 | 10,9 | 5,2 |  |
| 18.11 | 9,5 | 11,3 | 4,0 | 4,8 | 6,0 |
| 19.11 | 6,0 | 3,8 | 11,5 | 4,1 | 8,4 |
| 20.11 2.00-6,2 | 5,8 | 4,2 | 6,7 | 8,5 |  |

22.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

15.11.17 Окулист: VIS OD= 0,2 н/к OS= 1,0 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие, сосуды сужены, справа с-м « серебренной проволки» ОД с носовой стороны от ДЗН пролиферативные изменения (локальные) ОИ, твердые экссудаты, ед микроаневризмы. В макуле рефлекс сохранен. ДЗ: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Начальная катаракта ОИ. Состояния после ППЛК ОИ.

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

15.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

11.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

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

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

Лечение: Новорапид, Левемир, диалипон, тивортин, витаксон, эналаприл,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, общая слабость . АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-6-8 ед., п/о 6-8 ед., п/уж 4-8 ед., Левемир 22.00 10-12 ед.
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. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром. Контр. АД.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
9. 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.
10. Б/л серия. АДГ № 6716 с 14.11.17 по 24.11.17. к труду 25.11.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.