#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1374

##### Ф.И.О: Жабинец Андрей Матвеевич

Год рождения: 1965

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Терсянка ул. Центральная

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 05.10.17 по 17.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия средней степени ОИ. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 1 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, общую слабость, быструю утомляемость. гипогликемические состояния в различное время суток и на фоне физических нагрузок, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. в кетоацидотическом состоянии, связывает со стрессом. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Фармасулин Н, Фармасулин НNP. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 10-12ед., п/о- 10-12ед., п/у-8-10 ед., Фармасулин НNP 22.00 28-30 ед. Гликемия –13 ммоль/л. Глик гемоглобин – 7,1% от 06. 09.2017. Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг 2р/д. Диффузный зоб 1 ст с 2015. ТТГ – 1,57 (0,3-4,0) Мме/мл от 06.09.17. С 2013 эритематозный гастрит, хронический гастродуоденит. В 06.2014 находился на лечении в ОИТ Вольнянской ЦРКБ с диагнозом: цирроз печени невыясненной этиологии класс А, по Чайлд-Пью, асцит. Кровотечение из ВРВ пищевода. В 07.2014 повторное кровотечение из ВРВ пищевода. От 25.06.14 anti НCV суммарный – отр. аnti-HCV lgM - отр.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 06.10 | 149 | 4,5 | 6,4 | 16 | 0 | 1 | 66 | 32 | 1 |
| 12.10 | 158 | 4,7 | 5,7 | 17 | 1 | 4 | 71 | 20 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.10 | 114 | 3,43 | 1,8 | 0,94 | 1,66 | 2,6 | 5,5 | 61 | 11,9 | 3,1 | 2,2 | 0,18 | 0,27 |

13.10.17 ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –16,8 (0-30) МЕ/мл

06.10.17 К – 4,0 ; Nа – 136 Са++ - 1,12С1 - 102 ммоль/л

### 06.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

10.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

09.10.17 Суточная глюкозурия – 0,65%; Суточная протеинурия – 0,05

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.10 | 8,7 | 3,6 | 2,8 | 9,5 |  |
| 08.10 | 6,6 | 3,6 | 4,5 | 6,0 | 6,6 |
| 11.10 | 8,2 | 10,6 | 11,6 | 7,6 | 8,7 |
| 12.10 |  | 11,3 |  |  |  |
| 13.10 | 5,5 |  |  |  |  |
| 16.10 | 8,8 | 3,4 | 3,1 | 5,6 |  |

11.10.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), рек: актовегин 10,0в/в № 10, келтикан 1т3р/д 1 мес, а-липоевая кислота 600 мг в/в кап№ 10.

12.10.17 Окулист: VIS OD= 0,1сф – 5,0=1,0 OS=0,1сф – 4,5=1,0 Факосклероз.

Гл. дно: А:V 1:2 артерии сужены, вены неравномерного калибра, уплотнены, ангиосклероз. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия средней степени ОИ.

05.10.17 ЭКГ: ЧСС -52 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. с-м ранней реполяризации желудочков

11.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

05.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Рек: РВГ + доплер н/к, актовегин 10,0 в/в 2р/д 5-7 дней, наблюдение невролога, ангиохирурга .

06.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена. Нарушение кровообращения справа – Ш ст слева II ст

06.10.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

05.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =12,9 см3; лев. д. V = 14,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, эналаприл, физиолечение

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшилась общая слабость, гипогликемические состояния не отмечает. АД 130/80 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: Фармасулин Н п/з-10-12 ед., п/о-8-10 ед., п/уж -6-8 ед., Фармасулин НNP 22.00 32-34 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 1т 1-2р/д,. Контр. АД.
7. Соблюдение рекомендаций невролога
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. йодомарин 200 мг 1т 1р/д курсами
9. УЗИ ОБП + почек 1р/год, ФЭГДС 1р/год, конс. гастроэнтеролога в плановом порядке.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В