#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1452

##### Ф.И.О: Попович Павел Андреевич

Год рождения: 1997

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудный ул. Ленина 37-51

Место работы: н/р, инв Ш гр с детства

Находился на лечении с 19.10.17 по 24.10.17 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 2 NDS 2). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Миопия слабой степени ОИ НЦД по смешанному типу. СН0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимал Актрапид НМ, Протафан НМ, в дальнейшем был переведен н Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-8 ед., п/о-10 ед., п/у12 ед., Лантус 22.00 – 38 ед, Со слов месяц назад перенес ОРВИ, лечился амбулаторно. 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 |
| 20.10 | 140 | 4,4 | 8,6 | 6 | 0 | 6 | 62 | 28 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.10 | 113 | 4,9 | 1,89 | 1,26 | 2,77 | 2,9 | 3,6 | 88 | 10,4 | 2,4 | 2,7 | 0,31 | 0,38 |

20.10.17 Глик. гемоглобин – 10,3%

20.10.17ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –15,5 (0-30) МЕ/мл

20.10.17 К – 4,66 ; Nа –139 Са++ - 1,05С1 - 105 ммоль/л

### 20.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

20.10.17 Суточная глюкозурия – 1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.10.17 Микроальбуминурия –48,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.10 |  |  | 6,9 | 6,7 |
| 20.10 | 3,7 | 5,5 | 6,0 | 6,2 |
| 23.10 | 5,4 |  |  |  |

19.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2),

20.10.17 Окулист: VIS OD= 0,3сф -1,5=0,9-1,0 OS= 0,2сф – 1,75 Гл. дно: сосуды широкие умеренно извиты, вены уплотнены. В макуле без особенностей. Д-з: Миопия слабой степени ОИ

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

21.10.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН0.

20.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

20.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V = 7,1см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиоктацид, мильгамма, актовегин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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: Эпайдра п/з-8-10 ед., п/о-10-12 ед., п/уж -12-14 ед., Лантус 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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.,, актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
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.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В