#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1200

##### Ф.И.О: Кидалов Игорь Васильевич

Год рождения: 1995

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Константиновка ул. Щорса 86

Место работы: н/р

Находился на лечении с 30.08.17 по 12.09.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. хр. пиелонефрит латентное течение в ст. не резко выраженного обострения.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, гипогликемические состояния на фоне физ нагрузок, колебание массы тела +- 3 кг в течение года, тяжесть в н/к, покалывания и онемение в пальцах ног, ухудшения зрения, периодически отеки в/к и н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г, появились диабетические жалобы, обратился в поликлинику по м/ж, при обследовании гликемия 20,0 ммоль/л, ацетон мочи 2+, был ургентно госпитализирован т/о по м/ж. В последующем был направлен в эндокриндиспансер, где подобрана инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з16-18 ед, п/о 14-16ед, п/у 12-14 ед. Протафан НМ 22.00 – 22 ед. В последующем дозы была откорректирована амбулаторно эндокринологом по м/ж. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 20ед., п/о- 16ед., п/у-12 ед., Протафан НМ 22.00 – 20 ед. Гликемия –3,1-18,6 ммоль/л. Со слов пациента, в 08.2017 находился на лечение в т/о по м/ж в связи с кетоацидотическим состоянием ( выписку не предоставил). В анамнезе хр. гастрит. 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 |
| 31.08 | 166 | 4,9 | 5,8 | 7 | 0 | 1 | 53 | 42 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 31.08 | 104,3 | 4,1 | 1,97 | 1,45 | 1,75 | 1,83 | 4,0 | 80 | 16,2 | 4,0 | 2,5 | 0,19 | 0,24 |

31.08.17 Глик. гемоглобин -12,1 %

31.08.17 К –4,56 ; Nа –137,9 Са++ - 1,24С1 102 ммоль/л

### 31.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

06.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -38000 эритр - 3500 белок – отр

01.09.17 Суточная глюкозурия – 2,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 07.08.17 Микроальбуминурия –103,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.08 |  |  |  | 4,1 | 4,2 |
| 31.08 | 11,8 | 19,0 | 6,4 | 4,8 |  |
| 05.09 | 14,7 | 5,3 | 14,2 | 12,5 | 9,3 |
| 06.09 2.00-5,4 | 6,1 |  |  |  |  |
| 07.09 | 12,5 | 12,1 | 8,4 |  | 6,0 |
| 09.09 | 14,2 | 15,1 |  |  | 4,8 |
| 12.09 | 14,3 |  |  |  |  |

11.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), Рек келтикан 1т 3р/д, а-липоевая кислота 60 в/в № 10.

01.09.17Окулист: VIS OD= 0,5 цл-0,5=1,0 OS= 0,8сф – 0,5=1,0.

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды широкие, извиты, вены уплотнены. В макулярной области без особенностей

30.08.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. с-м укороченного PQ.

05.09.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу, с-м укороченного PQ

Рек. кардиолога: фитосед 1т 3р/д 1мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

01.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

31.08.17Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

31.08.17Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева – 1,0. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

04.08.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, нейрокобал, ципрофлоксацин, тиоктодар.

Состояние больного при выписке: На фоне проводимой терапии уменьшилась тяжесть в н/к. Пациент нуждается в коррекции доз инсулина, однако рекомендаций леч. врача не придерживается, назначенный контроль гликемии не выполняет, проведена беседа о необходимости соблюдения внутрибольничного режима, однако пациент от дальнейшей коррекции инсулинотерапии отказывается, о последствиях предупрежден, о чем имеется запись в истории болезни.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-18-20 ед., п/о-16-18 ед., п/уж - 12ед., Протафан НМ 22.00 20-22 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. С целью нефропротекции: эналаприл 2,5 мг утром под контролем АД.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрокобал 1т 3р/д 1 мес.
8. Продолжить прием ципрофлоксацина 500 1т2р/д до 10 дней с послед контролем ан. мочи по Нечипоренко по м/ж.
9. УЗИ МВС в плановом порядке по м\ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В