#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1280

##### Ф.И.О: Дудка Павел Васильевич

Год рождения: 1982

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Михайловка ул. Космическая 30

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.09.17 по 26.09.17 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 3, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Левосторонний гнойный гайморит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4кг за год, ухудшение зрения, боли ногах, гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома гипогликемическая 01.2016. Ранее принимал Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В 2016 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведен на Новорапид Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 14ед., п/о- 20-22ед., п/у18- ед., Левемир 22.00- 30 ед. Гликемия –2,4-12 ммоль/л. НвАIс -6,1 % от 01.08.17. 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 |
| 18.09 | 170 | 5,1 | 9,5 | 28 | 5 | 5 | 62 | 23 | 5 |
| 22.09 |  |  | 6,7 | 29 | 3 | 8 | 69 | 16 | 4 |
| 25.09 | 152 | 4,5 | 6,9 | 20 | 6 | 4 | 62 | 26 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.09 | 99,3 | 5,1 | 1,69 | 1,34 | 2,98 | 2,8 | 5,3 | 109 | 13,3 | 3,3 | 2,2 | 0,42 | 0,29 |

18.09.17 К –4,12 ; Nа – 135 Са++ - 1,22С1 – 105,9 ммоль/л

### 19.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

19.09.17 Суточная глюкозурия – 2,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.09.17 Микроальбуминурия – 38,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.09 | 5,2 | 8,0 | 14,0 | 5,9 |
| 21.09 |  | 8,2 | 3,1 | 10,8 |
| 22.09 | 5,2 |  |  |  |
| 24.09 | 5,8 | 6,5 | 4,0 | 4,3 |

20.9.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3),

19.09.7Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 Оптические среды прозрачны. Гл. дно: без особенностей.

15.09.17ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ.

18.09.17 На р-гр ППН небольшой уровень выпота в левой гайморовой пазухе, отек слизистой.

18.09.17 ЛОР: левосторонний гнойный гайморит.

20.09.7Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

19.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к несколько нарушена.

20.09.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Левой ПБА стеноз 30%, пр ПБА стеноз 33%.

15.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,6 см3; лев. д. V = 7,1см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, тиогамма, витаксон, аугментин, нафтизин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм 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- 14-16ед., п/о- 16-20ед., п/уж -16-18 ед., Левемир 22.00 30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг с контролем липидограммы 1р 3 нед.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Конс. кардиолога по м/ж.
8. Эналаприл 2,5 мг утром курсами, Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес. актовегин 1т 3р/д 1 мес
10. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
11. Повторная консультация ЛОР врача по м\ж.
12. 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 Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В