#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1292

##### Ф.И.О: Ожогов Андрей Михайлович

Год рождения: 1973

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. 40л. октября

Место работы: н/р

Находился на лечении с 19.09.17 по 29.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия -IV ст. Рецидивирующий гемофтальм OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). Энцефалопатия Ш ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) (инсульт, гематома 2011 в пр г/сфере головного мозга)), цереброастенический с-м , когнитивное снижение

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1988г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-6 ед., п/о-6 ед., п/у- 6ед., Протафан НМ 22.00 – 16 ед. Гликемия –2,8-14,0 ммоль/л. НвАIс – 7,4 % от 28.08.17. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10мг, диакордин 60 мг 2р/д. В 2011 перенес инсульт. 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 |
| 20.09 | 140 | 4,2 | 5,8 | 20 | 1 | 1 | 53 | 44 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 45,8 | 5,09 | 1,79 | 1,57 | 2,8 | 2,5 | 7,5 | 151 | 10,4 | 2,5 | 2,1 | 0,21 | 0,41 |
| 25.09 | 42,9 |  |  |  |  |  | 5,0 | 161 |  |  |  |  |  |

21.09.17 общ белок -61,3

20.09.17 К –4,68 ; Nа –142,5 Са++ -1,12 С1 -101 ммоль/л

### 20.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 4-5 в п/зр белок – 0,915 ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. – ед в п/зр

21.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,0558

21.09.17 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – 1,23

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.09 | 10,1 | 4,4 | 2,8 | 12,5 |  |
| 21.09 | 11,5 | 10,1 | 7,1 | 10,7 |  |
| 22.09 | 5,1 | 6,3 | 4,5 | 7,6 |  |
| 27.09 | 4,3 | 12,3 | 3,8 | 9,5 |  |
| 28.09 |  |  |  |  |  |

21.9.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). Энцефалопатия Ш ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) (инсульт, гематома 2011 в пр г/сфере головного мозга)), цереброастенический с-м когнитивное снижение

21.09.17 Окулист: VIS OD= 0,2н/к OS=0,02 н/к ОД на гл. дне : ДЗН бл. розовый, гр. сужены, спазмированы, вены расширены, сосуды извиты, множественные микроаневризмы, -геморрагии, мелкие экссудаты, участки пролиферации следы от ЛК. OS –в стекловидном теле кровь, рефлекс с гл. дна тусклый. Д-з: Рецидивирующий гемофтальм OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.09.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

20.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

26.01.17 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия Ш ст.

20.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Нарушение кровообращения справа – IIст, слева 1 ст.

26.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст .

19.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,0 см3; 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: Актрапид НМ, Протафан НМ, эспа-липон, тивортин, витаксон, глюкоза 40 %, эналаприл.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. 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: Актрапид НМ п/з-6-8 ед., п/о-4-6 ед., п/уж -4-8 ед., Протафан НМ 22.00 14-16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес. СКФ, креатинина, мочевины, общего белка, калия, натрия,
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. Эналаприл 10 мг 2р/д, Конс. кардиолога по м/ж
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога:, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. Рек окулиста: лидаза 64 ед п/к через день№ 5, алое 1,0 п/к через день № 5, серрата 1т 2р/д 2 нед, В-сканирование ОS.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике, УЗИ МВС контроль 1-2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В