#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 58

##### Ф.И.О: Момонт Сергей Леонидович

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул. Чуйкова 24/104

Место работы: н/р, УБД АБ № 197286

Находился на лечении с 13.01.17 по 24.01.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Узловой зоб 0-1. Узел правой доли. Эутиреоз. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния без предвестников, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 20ед., п/у-15 ед. В течение последнего года участились гипогликемические состояния без предвестников. Гликемия –2,3-9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2007г. Боли в н/к в течение 2 лет. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг 1р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.01.17 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр –4,0 лейк –5,5 СОЭ –5 мм/час

э- % п- % с-70 % л- 23 % м- 6%

16.01.17 Биохимия: СКФ –64,8 мл./мин., хол – 4,2тригл – 1,34ХСЛПВП -1,58 ХСЛПНП – 2,0Катер -1,6 мочевина – 3,2 креатинин – 108 бил общ – 11,0 бил пр – 2,7тим – 0,54 АСТ – 0,20 АЛТ – 0,41 ммоль/л;

20.01.17 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 14,9 (0-30) МЕ/мл

### 18.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

16.01.17 Суточная глюкозурия – 1,54 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.01.17 Микроальбуминурия –151,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.01 | 6,6 | 15,2 | 9,6 | 9,7 |  |
| 17.01 | 4,6 | 10,8 | 10,4 | 8,9 |  |
| 19.01 | 6,4 | 8,0 | 8,2 | 7,6 | 5,3 |
| 20.01 | 5,5 |  |  |  |  |
| 22.01 | 3,8 | 6,7 | 12,8 | 6,3 |  |
| 23.01 |  |  | 6,3 | 7,1 |  |
| 24.01 |  |  |  |  |  |

13.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

17.01.17Окулист: VIS OD= 0,4 sph + 1,0д=0,8 OS= 0,3 н/к ;

Оптические среды прозрачны Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 анатомическ5и переплетения сосудов, вены полнокровны, множественные микроаневризмы, микрогеморрагии, больше в парамакулярной области, твердые экссудаты Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.01.17ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

17.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4

17.01.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. .

13.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,4 см3; лев. д. V =6,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.В пр. доле с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,0 \*0,77 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: . Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, диалипон, витаксон, эналаприл.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, учитывая нестабильные показатели гликемии, частые гипогликемические состояния, пациенту показан перевод на интенсивную схему инсулинотерапии от которого он в настоящее время категорически отказывается, о возможных осложнениях предупрежден, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 22-24ед., п/уж -10 ед.

Контроль гликемии в динамике, при неэффективном контроле повторная госпитализация в эндодиспансер, для перевода на интенсивную схему инсулинотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Консультация ангиохирурга по м\ж
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, под контролем АД. При недостаточном эффекте добавить небивалол 2,5-5 мг 1р\д . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит. железы в плановом порядке. Повторный осмотр эндокринолога.
8. Направить на ВКК по м\ж для определения степени утраты трудоспособности, учитывая тяжелую форму СД, лабильное течение СД, характер работы пациента (работал водителем).
9. Справка № С 13.01.17 по 24.01.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В