#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 70

##### Ф.И.О: Робота Игорь Павлович

Год рождения: 1987

Место жительства: Ореховский р-н, с. Ж. Круча, ул. 40 л. Победы,

Место работы: КП «Наш город » мастер,

Находился на лечении с 16.01.17 по 27.01.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном уровне, с-м люмбалгии, умеренно болевой с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 1 степени. ПМК 1 ст, с минимальной регургитацией. Регургитация 1 ст на клапане легочной артерии. СН0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния 2-3 р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Актрапид НМ, Протафан. С 2015 в связи лабильностью заболевания переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 16ед., п/о-14-16 ед., п/у-14-16 ед., Левемир 22.00 28 ед. Гликемия –1,9-25 ммоль/л. НвАIс -7,4 % . Боли в н/к в течение 5 лет, усиление болей в течение 1 мес, участились гипогликемические состояния, лечение на амбулаторном этапе без видимого эффекта. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает небилет, рамизес. Диффузный зоб с 2015. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.01.17 Общ. ан. крови Нв – 144 г/л эритр –4,4 лейк – 5,7 СОЭ –3 мм/час

э- 1% п- 0% с- 69% л- 26% м- 4%

17.01.17 Биохимия: СКФ –112,1 мл./мин., хол – 5,2тригл -1,41 ХСЛПВП -2,1 ХСЛПНП -2,45 Катер -1,5 мочевина – 4,4 креатинин –91,3 бил общ –10,0 бил пр –2,5 тим – 1,3 АСТ – 0,50 АЛТ –0,69 ммоль/л;

17.01.17 Анализ крови на RW- отр

20.01.17 ; К – 3,97 ; Nа – 145,3 Са – 1,14 С1 -102,1 ( 96-108)ммоль/л

### 17.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

23.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250эритр - белок – отр

01.01.17 Суточная глюкозурия – 1,93 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.01.17 Микроальбуминурия –223,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.01 | 5,7 | 4,4 | 4,2 | 6,2 |
| 19.01 | 10,6 | 9,1 | 3,4 | 7,4 |
| 20.01 | 8,4 |  |  |  |
| 23.01 | 6,6 | 5,9 |  | 7,8 |
| 25.01 |  |  | 8,1 |  |

16.01.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на моясничном уровне, с-м люмбалгии, умеренно болевой с-м.

17.01.7Окулист: VIS OD=0,9сф- 0,5д=1,0 OS=0,7цил – 0,75д АХ 75°=1,0

Оптические среды прозрачны. . Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды умеренно извиты ,вены уплотнены. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.01.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

23.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 1 степени. ПМК 1 ст, с минимальной регургитацией. Регургитация 1 ст на клапане легочной артерии. СН0.

21.01.17ЭХО КС: КДР-5,6 см; КДО-23 мл; КСР-3,2 см; КСО-117 мл; УО-75 мл; МОК-5,47 л/мин.; ФВ-64 %; просвет корня аорты -1,7 см; ПЛП -3,0 см; МЖП – 0,9см; ЗСЛЖ –0,9 см; По ЭХО КС: ПК 1 ст с минимальной регургитацией, Регургитация 1 ст на КЛА. Дополнительная хорда ЛЖ с прикреплением в с/3 МЖП. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

24.01.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.01.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

23.10.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.01.17 ФГ ОГК№ 102141 без патологии

27.01.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст , застоя в ж/пузыре, опущения и повышенной подвижности правой почки.

16.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,5 см3; лев. д. V =7,0 см3

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

Лечение: рамизес, небилет, Новорапид, Левемир , берлитион, тивортин, мильгамма, мидостад,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 14-16ед., п/о-12-16 ед., п/уж -14-16 ед., Левемир 22.00 28-30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: рамиприл 2,5 мг 1р\д, кораксан 5 мг 2р\д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
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.
10. Б/л серия. АГВ № 235600 с 16.01.17 по 27.01.17. к труду 28.01.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В