#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1018

##### Ф.И.О: Тверденко Андрей Владимирович

Год рождения: 1990

Место жительства: г. Запорожье б. Центральный 7-32

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.07.17 по 28.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая энцефалопатия 1, астенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст.. НЦД по гипертоническому типу СН0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, снижение памяти, раздражительность, гипогликемические состояния в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о- 8ед., п/у- 6ед., Лантус 9.00 – 27 ед. Гликемия – 3,8-16,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 11 лет. Из гипотензивных принимает лозап. Увеличение щит железы с 2015, ТТГ – 2,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 12,4 (0-30) МЕ/мл от 19.08.16 .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 |
| 18.07 | 159 | 4,8 | 3,8 | 15 | 2 | 1 | 54 | 38 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.07 | 137 | 4,14 | 1,6 | 1,01 | 2,39 | 3,0 | 4,7 | 74 | 10,2 | 2,5 | 2,6 | 0,43 | 0,22 |

28.07.17 Глик гемоглобин -

18.07.17 Анализ крови на RW- отр

21.07.17ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/мл

### 18.07.17 К – 3,61 ; Nа – 134,6 Са++ 1,09 - С1 - 107 ммоль/л

### 24.07.17 Коагулограмма:.; ПТИ – 86,2 %; фибр – 3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4

### 18.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 02-3; эпит. перех. - в п/зр

20.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

19.07.17 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.17 Микроальбуминурия – 50,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.07 | 10,1 | 13,1 | 6,6 | 6,5 |
| 20.07 | 7,7 | 9,9 | 13,8 | 9,7 |
| 22.07 | 5,3 | 8,2 | 6,7 | 12,6 |
| 24.07 |  |  | 15,3 |  |
| 25.07 |  |  | 5,7 | 7,1 |

26.07.17Невропатолог: Диабетическая дистальная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия 1, астенический с-м

21.07.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0; Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды широкие, артерии умеренно извиты, вены уплотнены. В макуле без особенностей. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.07.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

18.07.17Кардиолог: НЦД по гипертоническому типу. СН 0.

18.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

18.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к .

17.07.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,9 см3; лев. д. V = 7,4 см3

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиогамма, актовегин, тивортин, нейрорубин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм 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: Эпайдра п/з-12-14 ед., п/о-10-12 ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 9.00 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: небивал 1,25 1р\д,
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут 1 мес.
10. Рек. невропатолога: бифрен 1 к 2р\д ,магне В 6 1т 2р\д .
11. 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 Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В