#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1023

##### Ф.И.О: Мельник Иван Юрьевич

Год рождения: 1996

Место жительства: г. Запорожье ул. Хортицкое шоссе 4-56

Место работы: ЗНУ студент, инв Ш гр

Находился на лечении с 18.07.17 по 31.07.17 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. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Образование левого надпочечника (аденома). Первичный гиперальдостеронизм?

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан). С 2010 в связи с лабильным течением переведен на Эпайдра, Лантус . В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о- 10ед., п/у- 10., Лантус 22.00 – 28 ед. Гликемия –2,5-18 ммоль/л. НвАIс 7,3 % от 04.03.17. Последнее стац. лечение в 2014г. 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 |
| 19.07 | 161 | 4,8 | 3,1 | 5 | 1 | 1 | 51 | 43 | 4 |
| 24.07 | 157 | 4,7 | 3,4 | 5 | 1 | 1 | 57 | 39 | 2 |
| 28.07 | 158 | 4,7 | 4,5 | 4 | 0 | 2 | 67 | 28 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.07 | 141 | 3,66 | 1,05 | 1,27 | 1,9 | 1,9 | 2,8 | 71,5 | 11,9 | 3,0 | 4,6 | 0,35 | 0,26 |

21.07.17ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

21.07.17 К – 3,9 ; Nа –1371,04 Са - Са++ - С1 - 95 ммоль/л

### 19.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – ед п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

20.07.17 Суточная глюкозурия – 0,9 Суточная протеинурия – отр.

##### 20.07.17 Микроальбуминурия –53,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.07 | 12,0 | 8,8 | 3,1 | 5,5 |
| 21.07 | 9,0 | 8,4 | 3,3 | 4,8 |
| 24.07 | 6,0 | 4,0 | 9,3 | 13,3 |
| 27.07 |  |  |  | 8,7 |

240.7.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

21.07.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Гл. дно: сосуды широкие, умеренно извиты, вены уплотнены. В макуле без особенностей.

18.07.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда задней стенки.

18.07.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

20.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

20.07.17 Осмотр к.м.н. хирурга эндокринолога Вильхового .С.О: Образование левого надпочечника (аденома). Первичный гиперальдостеронизм?

18.07.176,9УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V =5,9 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, витаксон, тивортин, небивалол

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о- 10-12ед., п/уж – 10-12ед., Лантус 22.00 28-29 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., 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: небивалол 1,25- 2,5 мг, контроль АД, ЧСС.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога:, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 1т 3р/д 1 мес.
11. Рек к.м.н. хирурга эндокринолога Вильхового .С.О: повторить КТ, ОБП и забрюшинного пространства. Контроль уровня К. Na альдостерона через 2 мес, повторный осмотр.
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 Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В