#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 341

##### Ф.И.О: Гринь Максим Петрович

Год рождения: 1981

Место жительства: г. Запорожье ул. Чаривная 40а-29

Место работы: н/р

Находился на лечении с 06.03.17 по 21.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. СН 0. Риск 4. Вегетативная дисфункция, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, периодически отеки голеней, стоп, вздутие живота, зябкость стоп, неустойчивый вес (± 8-10 кг за год).

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-10-12 ед., п/о- 16-8ед., п/у- 16-18ед., Хумодар Б100Р 22.00 16-18 ед. Гликемия –2,0-18 ммоль/л. . Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.03.17 Общ. ан. крови Нв – 154 г/л эритр – 4,6 лейк – 7,1СОЭ – 9 мм/час

э- 1% п- 1% с-69 % л- 23 % м- 6%

07.03.17 Биохимия: СКФ –93,3 мл./мин., хол –6,9 тригл -1,76 ХСЛПВП -1,09 ХСЛПНП – 5,0 Катер -5,3 мочевина –4,7 креатинин –85,8 бил общ – 10,0 бил пр –2,5 тим –1,1 АСТ – 0,41АЛТ –0,46 ммоль/л;

11.03.17 Глик. гемоглобин – 9,0%

07.03.17 Анализ крови на RW- отр

### 07.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1040 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,046 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

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

09.03.17 Суточная глюкозурия – 2,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 10.03.17 Микроальбуминурия 154,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.03 | 11,4 | 7,4 | 6,9 | 8,2 |  |
| 10.03 | 8,6 | 10,5 | 8,2 | 6,1 |  |
| 13.03 | 4,6 |  |  |  |  |
| 16.03 | 8,2 | 7,5 | 5,4 | 3,7 | 4,2 |
| 17.03 2.00-10,3 |  |  |  |  |  |
| 19.03 | 8,1 | 9,5 | 4,8 | 6,2 | 4,3 |

06.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6) хроническое течение. Вегетативная дисфункция, цереброастенический с-м.

09.03.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Артерии умеренно сужены, извиты. В макулярной области без особенностей .

06.03.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

09.03.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

09.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.03.17. Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

17.03.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

16.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,3 см3; лев. д. V =5,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

15.03.17 ЛКК: учитывая длительность заболевания, наличие сосудистых осложнений СД, необходимость проведения курсов сосудистой терапии, трудоспособный возраст, отсутствие работы в данный период рекомендовано направить на ЛКК по м\ж,с целью определения степени утраты трудоспособности и социальной защиты.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, эналаприл, нолипрел, тиогамма, витаксон, мексиприм,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Стойкой компенсации на инсулинах Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р достигнуть не удалось, сохранялась неустойчивая гликемия при незначительной коррекции появились гипогликемические состояния, пациент негативно относится к вышеуказанным инсулинам, в связи с чем был переведен на Инсуман Рапид, Инсуман Базал.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 8-10ед., п/о-14-16 ед., п/уж -12-14 ед., Инсуман Базал 22.00 16-18 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Направить на ЛКК по м\ж, с целью определения степени утраты трудоспособности и социальной защиты.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В