#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 336

##### Ф.И.О: Данилевский Александр Владимирович

Год рождения: 1959

Место жительства: г.Запорожье ул.Правды 27-57

Место работы: н/р

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

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м, с-м умеренной вестибулопатии. Нейропатия левого локтевого нерва с умеренным нарушением функции левой в/к, умеренно болевой с-м. Вертеброгенная цервикалгия, хр. рецидивирующее течение. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Хронический гепатоз. НФП 0-1. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Гастродуоденит в стадии обострения. H-pylory – отр. СРК со склонность к запорами.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, периодические гипогликемические состояния в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1983г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 6-10ед., п/о-6-10 ед., п/у-6-10 ед., Лантус 8.00 15 ед. Гликемия –12,5-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.03.17 Общ. ан. крови Нв –126 г/л эритр –3,8 лейк –4,8 СОЭ –10 мм/час

э- 1% п- 13% с- 69% л- 8% м- 9%

07.03.17 Биохимия: СКФ –86,5 мл./мин., хол –5,9 тригл – 1,06ХСЛПВП -1,08 ХСЛПНП -4,3 Катер -4,5 мочевина –6,0 креатинин –113,3 бил общ –20,3 бил пр – 5,1 тим –0,99 АСТ –0,47 АЛТ – 0,45 ммоль/л;

14.03.17бил общ –114,9 бил пр – 3,7 тим – 1,1 АСТ – 0,14 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

13.03.17 Глик. гемоглобин – 9,6%

07.03.17 Анализ крови на RW- отр

### 07.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

С 15.03.17 ацетон - отр

10.03.17 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 10.03.17 Микроальбуминурия –36,0мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.03 | 11,4 | 10,5 | 5,0 | 4,0 |
| 13.03 | 9,2 | 8,8 | 11,1 | 9,8 |
| 15.03 | 11,0 |  |  |  |
| 19.03 | 13,1 | 6,2(гл) | 18.00-11,0 (гл) |  |
| 20.03 | 8,5 (гл) |  |  |  |
| 21.03 | 6,3 (гл) |  |  |  |

06.03.17Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м, с-м умеренной вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6) хроническое течение. Нейропатиия левого локтевого нерва с умеренным нарушением функции левой в/к, умеренно болевой с-м. Вертеброгенная цервикалгия, хр. рецидивирующее течение.

02.11.15Окулист (и/б 1295): Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

06.03.17 ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

27.10.15Ангиохирург(и/б 1295: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.03.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

16.03.17Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Хронический гепатоз. НФП 0-1. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Гастродуоденит в стадии обострения. H-pylory – отр. СРК со склонность к запорами.

14.03.17 ФГ ОГК№ 103296: без патологии.

10.03.17 РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

10.03.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева –1,2 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

14.03.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше

14.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9см3; лев. д. V = 7,1 см3

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиогамма, нейромидин, нуклео ЦМФ, цераксон, мильгамма, стеатель, тожео, ксилат, атоксил,

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Тожео. СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Эпайдра п/з-4-6 ед., п/о-6-8 ед., п/уж 4-6ед., Тожео 8.00 22-24 ед.
4. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Консультация ангиохирурга по м\ж
7. Эналаприл 2,5 мг утром курсами, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес..нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
9. Рек. невропатолога: цераксон 500 мг/д 1 мес. мильгамма 1т 1р\д 1 мес. Консультация травматолога в плановом порядке.
10. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, гепадиф 2к 2р/д после еды 3 мес, урсоност 300 мг 2к на ночь 3 мес, дефинорм 1к 3р 1 мес, гастронорм или (де-нол) 2т2р\д за 30 мин до еды 2 нед. Повторный осмотр после лечения.
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