#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 388

##### Ф.И.О: Скрипка Руслан Михайлович

Год рождения: 1984

Место жительства: Ореховский р-н, с. Кущевое ул. Советская 30

Место работы: инв II гр

Находился на лечении с 14.03.17 по 25.03.17 в диаб. 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 (NSS 5, NDS 5) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальная катаракта ОИ. Преполиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические. – 2009, 2010, 2012, 2015. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2006 в связи с гипогликемическими состояниями переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12-14ед., п/о-12-14 ед., п/у- 12-12ед., Левемир 22.00 – 30 – 32 ед. Гликемия –5,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.03.17 Общ. ан. крови Нв –162 г/л эритр – 4,9 лейк – 4,2СОЭ –3 мм/час

э- 1% п-3 % с- 62% л- 31% м- 3%

15.03.17 Биохимия: СКФ –107,8 мл./мин., хол –4,4 тригл -1,28 ХСЛПВП -1,88 ХСЛПНП -1,94 Катер -1,3 мочевина – 4,2 креатинин – 92,4 бил общ – 9,8 бил пр –2,4 тим – 4,5АСТ – 0,41 АЛТ – 0,38 ммоль/л;

17.03.17 Глик. гемоглобин -8,0 %

### 15.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –следы; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

23.03.17 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.03.17 Микроальбуминурия – 22,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.03 | 3,7 | 3,8 | 4,6 | 5,8 |  |
| 20.03 | 2,3 | 6,2 | 4,0 | 5,9 | 6,5 |
| 22.03 | 6,8 |  |  |  |  |

14.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) хроническое течение.

2015 Окулист : Начальная катаракта ОИ. Преполиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.03.17 ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

16.03.17 Кардиолог: ПМК 1 ст?

17.03.17 ЭХО КС: минимальная трикуспидальная регургитация , Дополнительная хорда ЛЖ.

16.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.03.17 Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

15.03.17 РВГ: Нарушение кровообращения слева I ст., справа – N , тонус сосудов N.

15.03.17 Допплерография: ЛПИ справа – ,1,0 ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон. .

14.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,9 см3; лев. д. V = 7,5 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, эспа-липон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-14-16 ед., п/о-14-15 ед., п/уж -14-15 ед., Левемир22.00 28-30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: повторный осмотр с результатами ЭХОКС
7. Эспа-липон (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.
8. Конс. окулиста по м\ж.
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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В