#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 228

##### Ф.И.О: Сердюк Игорь Владимирович

Год рождения: 1980

Место жительства: г. Энергодар ул. Курчатова 16-72

Место работы: Энергодарская ООШ № 1, сторож

Находился на лечении с 14.02.17 по 24.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая автономная нейропатия, кардиоваскулярная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический, цефалгический с-м, венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение АД до 100/70 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния 2-3р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимала различные виды инсулина. В 2009 в НИИ г. Харькова переведен на Новорапид и Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-18 ед., п/о- 12ед., п/у- 10ед., Левемир 22.00 26 ед. Гликемия –2,3 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г Боли в н/к беспокоят в течение 5 лет, усиление болей, нестабильность гликемии в течение 3 мес, лечение на амб. этапе без видимого эффекта. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.02.17 Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр –4,2 лейк – 4,8 СОЭ –2 мм/час

э- 1% п- 3% с- 66% л- 28 % м- 2%

15.02.17 Биохимия: СКФ –118 мл./мин., хол –4,4 тригл -1,06 ХСЛПВП -1,37 ХСЛПНП -2,5 Катер -2,2 мочевина –5,8 креатинин – 89,1 бил общ –10,7 бил пр –2,7 тим –0,81 АСТ – 0,32 АЛТ –0,35 ммоль/л;

15.02.17 Глик. гемоглобин -9,15 %

### 15.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 15-20 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум; эпит. перех. -ед в п/зр

16.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,030

16.02.17 Суточная глюкозурия – 1,45%; Суточная протеинурия – отр

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.02 | 10,3 | 5,7 | 9,3 | 3,6 |
| 17.02 | 5,6 | 6,2 | 4,0 | 5,5 |
| 20.02 | 10,3 | 13,6 | 14,1 | 9,6 |
| 21.02 | 5,1 | 8,3 | 5,0 | 6,3 |

20.02.17 5 стандартных проб: ДАНС, выраженные изменения.

02.2019Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический, цефалгический с-м, венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Диабетическая автономная нейропатия, кардиоваскулярная форма.

15.02.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены, умеренно извиты, вены полнокровны, Салюс I. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. .

14.02.1ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

16.02.17Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 0.

15.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.02.17РВГ: Нарушение кровообращения справа 1 ст, слева II ст, тонус сосудов N.

15.02.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,5 см3; лев. д. V = 4,9 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, тиогамма, витаксон, тризипин лонг

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 18-20ед., п/о- 12-14ед., п/уж -8-10 ед., Левемир22.00 26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: тризипин лонг 1т 1р/д 2 нед. Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., .
9. Рек. невропатолога: нормовен 1т 2р\д до 2 мес.
10. 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.
11. Б/л серия. АГВ № 2356 с 14.02.17 по 24.02.17. к труду 25.02.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В