#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 253

##### Ф.И.О: Рыжов Геннадий Георгиевич

Год рождения: 1974

Место жительства: Акимовский р-н, пгт Акимовка ул. первомайская

Место работы: н/р , инв Ш гр

Находился на лечении с 17.02.17 по 28.02.17 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. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ДДПП на шейном уровне с преимущественным поражением С5-С6, стеноз позвоночного канала, радикуляный с-м С7-С8 справа. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з-16 ед., п/о-8 ед., п/у- 6ед., Протафан НМ 22.00-26 ед. 20.02.17 Глик гемоглобин 7,9%. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –12,1 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.02.17 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр –4,2 лейк – 4,8 СОЭ –2 мм/час

э- 2% п- 0% с- 72% л- 14% м- 12%

20.02.17 Биохимия: хол –3,35 тригл -0,78 ХСЛПВП -2,05 ХСЛПНП -0,94 Катер -0,63 мочевина – 2,7 бил общ –8,5 бил пр – 2,1 тим – 0,63 АСТ –0,52 АЛТ – 1,1 ммоль/л;

27.02.17креатинин 77,0 СКФ – 109,6

27.02.17 Коагулограмма: ПТИ – 93,3%; фибр –3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6

### 21.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.02 | 3,3 | 11,1 | 5,3 | 5,3 | 5,8 |
| 21.02 | 5,1 |  |  |  |  |
| 26.02 | 5,0 | 9,9 | 7,0 | 5,8 | 4,1 |
| 27.02 |  | 7,8 |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДДПП на шейном уровне с преимущественным поражением С5-С6, стеноз позвоночного канала.радикуляный с-м. С7-С8

20.2.17 Окулист: VIS OD=0,9-1,0 OS=0,9-1,0

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии 1 порядка, широкие, II – Ш порядка неравномерного сужеы, вены полнокровны. сосуды извиты, ед. микроаневризмы. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.02.17ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

22.02.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.02.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

17.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,5см3; лев. д. V =4,5 см3

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

Лечение: витаприл, Новорапид, Левемир, нейробиион, ипигрикс,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, 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: Новорапид п/з- 18ед., п/о- 8ед., п/уж -6 ед., Левемир 22.00 -24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Рек. кардиолога: нолипрел форе 1т 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. 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 Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В