#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 958

##### Ф.И.О: Деменко Вадим Борисович

Год рождения: 1973

Место жительства: г. Энергодар ул. Центральная 51

Место работы: н/р,

Находился на лечении с 17.07.18 по  20.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. САГ 1 ст Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия СНI.. ДЭП 1 ст, церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния 1-2 р/ мес, после физ нагрузок,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемическая -2009. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Протафан НМ 22.00 8-6 ед. Гликемия –4,2-10,8 ммоль/л. НвАIс -9,0 % от 05.07.18 . Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 18.07 | 156 | 4,7 | 7,6 | 41 | |  | | 1 | 2 | 59 | 36 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.07 | 43,5 | 6,4 | 1,58 | 1,58 | 4,0 | | 3,1 | 7,2 | 171 | 12,9 | 3,2 | 6,86 | | 0,62 | 0,9 |

18.07.18 Глик. гемоглобин 7,9- %

18.07.18 К – 5,6 ; Nа –147 Са++ - 1,21С1 -100 ммоль/л

### 18.07.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. -1-2 в п/зр

19.07.18 Суточная глюкозурия – 0,51%; Суточная протеинурия – 0,785

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.07 |  |  |  | 15,1 |  |
| 18.07 | 3,0 | 4,6 | 4,8 | 2,7 |  |
| 19.07 | 8,6 |  |  | 6,4 |  |

19.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст, церебрастенический с-м.

18.07.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ; Гл. дно: вены уплотнены, сосуды умеренно извиты, В макуле без особенностей.

19.07.18 ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

18.07.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI. САГ 1 ст

19.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.07.18 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

18.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы.

19.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; опущения желчного пузыря, нельзя исключить наличие микролитов в почках. перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

17.07.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,1 см3; лев. д. V = 6,2см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, хипотел,

Состояние больного при выписке: Пациент нуждается в продолжении стац лечения с целью коррекции инсулинотерапии, лечение тяжелых хронических осложнений. В связи с семейными обстоятельствами настаивает на выписке из отделения, о возможных осложнениях предупрежден, имеется подпись в истории болезни. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-6-8 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -6-8 ед., Протафан НМ, 22.00 6-8 ед. Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная госпитализация в КУ «ОКЭД» ЗОС, для решения вопроса о дальнейшей тактики инсулинотерапии.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес, контроль креатинина, мочевины, СКФ, общего белка в динамике.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, дообследование ЭХОКС,
9. Гипотензивная терапия: хипотел 40 мг 1р/д под контролем АД, СКФ, при дальнейшем снижении СКФ отменить ингибиторы АПФ с коррекцией АД блокаторами кальциевых каналов или В-блокаторами. Контр. АД.
10. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., , актовегин 10,0 в/в № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, витамины гр В по схеме.
11. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
12. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.