#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 946

##### Ф.И.О: Педан Андрей Васильевич

Год рождения: 1974

Место жительства: Вольнянский р-н, г .Вольнянск ул. Чкалова 55

Место работы: Запорожоблэнерго, сторож

Находился на лечении с 16.07.18 по  23.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. ДЭП 1 ст, церебрастенический, тревожно депрессивный с-м

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, головокружение, периодически давящие боли за грудиной,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г в кетоацидотическом состоянии. с того же периода назначена инсулинотерапия: Актрапид НМ Протафан НМ. В 2012 в связи с лабильным течение заболевания ,частыми гипогликемическими состояния в условиях эндокриндиспансера переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-9-11 ед., п/о-9-11 ед., п/у-9-11 ед., Левемир 22.00 26-27 ед. Гликемия – 2,5-10,0ммоль/л. НвАIс – 7,5 % от 06.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение полугода после психоэмоционального перенапряжения,. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг, периодически фенигидин.. 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 | | |
| 17.07 | 151 | 4,5 | 11,0 | 22 | |  | | 2 | 1 | 58 | 37 | | 2 | | |
| 23.07 | 142 |  | 7,3 | 25 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.07 | 67 | 4,6 | 2,1 | 1,1 | 2,5 | | 3,2 | 5,3 | 119 | 22,6 | 3,5 | 3,7 | | 0,63 | 0,67 |

17.07.18 К –4,,16 ; Nа –139 Са++ - 1,14С1 - 100 ммоль/л

### 17.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

19.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

18.07.18 Суточная глюкозурия – 0,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.07.18 Микроальбуминурия –36,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.07 | 4,1 |  | 3,0 | 4,7 | 8,2 |
| 09.07 | 3,7 | 4,8 | 7,1 | 9,0 | 9,7 |
| 21.07 | 4,8 |  |  |  |  |

18.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). ДЭП 1 ст, церебрастенический, тревожно-депрессивный с-м. Рек: бифрен 1т 3р/д, нуклео ЦМФ 600 мг 1р/д, нейротропин 4,0 в/в № 10

20.07.18 Окулист: VIS OD=0,7 OS= 0,7 . Границы четкие. А:V 2:3 , ход сосудов практически не изменен, микроаневризмы, в макуле незначительная переливчатость. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.07.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

18.07.18. Кардиолог: При обследовании кардиальной патологии не выявлено

18.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 1 ст с обеих сторон Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

17.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,6 см3; лев. д. V =5,5 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, Берлитион, мильгамма, пирацетам,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, Гипогликемических состояний не отмечает ,уменьшились боли в н/к. АД 120/70мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -10-12 ед., Левемир 22.00 26-27 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
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. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. Б/л серия. АДЛ № 177639 с 16.07.18 по 23.07.18 к труду 24.07.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.