#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 829

##### Ф.И.О: Мухин Игорь Александрович

Год рождения:1990

Место жительства: Токмацкий р-н, г. Токмак, ул. Шевченко, 30, кв. 8

Место работы: учитель информатики, инв. 3 гр. с детства бессроч.

Находился на лечении с 14.06.18 по 23.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. субкомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к.. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. НЦД гипертензивный тип. СН 0.

Жалобы при поступлении гипогликемические состояния в ночное время и перед обедом при несвоевременном приеме пищи, выраженные боли и онемение в н/к, усилившиеся в течение последних 2 мес, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, периодически изжога

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г (17 лет). в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния.. С начала заболевания инсулинотерапия. Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р 4р /сут. затем Генсулин Н и Генсулин Р. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з- 28ед., п/о- 28ед., п/у- 26ед., Генсулин Н 22.00 - Гликемия –3-17 ммоль/л. НвАIс – 8,59 % от16.02.18 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: в анамнезе ГЭРБ, хронический рефлюкс-эзофагит. Гастродуоденит. ДЖВП, периодически принимает омепразол. Повышение АД в течение года принимает эналаприл 10 мг 1т утром, бисопролол 5 мг утром, лоспирин 75 мг веч, отмечает непереносимость вит. гр В, гепадиф.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 15.06. | 177 | 5,3 | 4,0 | 6 | |  | | 3 | 1 | 48 | 46 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 15.06. | 117 | 5,36 | 1,60 | 1,24 | 3,38 | | 3,3 | 4,9 | 89 | 10,0 | 2,5 | 2,6 | | 0,42 | 0,44 |

15.06.18 Глик. гемоглобин – 7,4 %

15.06.18 К – 4,66, Nа – 142, Са++ - 1,24, С1 - 99 ммоль/л

### 15.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020, лейк – 1-2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр слизь + , эксолаты.

18.06.18 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.06.18Микроальбуминурия 108,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.06 | 3,9 | 5,7 | 2,8 | 9,3 |  |
| 17.06 |  | 7,6 | 5,2 | 6,6 | 5,0 |
| 18.06 в 2-00 | 6,1 |  |  |  |  |
| 18.06 | 4,1 |  |  |  |  |
| 19.06 | 10,5 |  |  |  |  |
| 20.06 | 8,4 |  |  |  |  |
| 21.06 | 7,8 | 8,8 | 4,5 | 6,8 | 7,5 |

21.06.18 Окулист: ДЗН бледно-розовые. Артерии сужены ,уплотнены, вены расширены, сосуды извиты, задний полюс без особенностей. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

20.08.18Кардиолог: НЦД гипертензивный тип. СН 0. Рек небивалол 2,5- 5 мг Контроль АД, ЧСС. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

20.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

15.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

15.06.18РВГ: 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. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

14.06.18 УЗИ щит.железы: Пр д. V = 5,4 см3; лев. д. V = 5,8 см3

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

Лечение: Генсулин Р, Генсулин Н, эналаприл, бисопролол, эспа-липон, эналаприл, физолечение

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипогликемические состояния за время стац лечения не отмечались, сохраняются выраженные боли и онемение стоп. АД 120-140/80 мм рт. ст. Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, сохраняющийся болевой с-м н/к, решением ЛКК, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Орловщина» № договора 23019/15663/18

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з- 28-ед., п/о-26 ед., п/уж -28 ед.,Генсулин Н 22.00 42-44 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 10мг 1-2 р/д, небивалол 10 мг утром, Контр. АД.
7. ЭХОКС планово по м/ж конс. кардиолога
8. Эспа-липрон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрокобал 2-3 р/д 1 мес.
9. Б/л серия. АДЛ № 177587 с 14.06.18 по 23.06.18 продолжает болеть. С 24 06.18 б/л серия АДЛ № 177588 на реабилитационное лечение в санаторий «Орловщина» № договора 23019/15663/18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.