#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 819

##### Ф.И.О: Радионов Алексей Александрович

Год рождения: 1979

Место жительства: Васильевский р-н, ул. Комсомольская 19-209

Место работы: ЧАО ЗЖРК» администратор системы, инв Ш гр

Находился на лечении с 12.06.18 . по 22.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Гипертоническая болезнь II стадии 0-1 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ночное время до 2-х раз в месяц и в дневное время на фоне физ.нагрузок, периодически сухость во рту, усиление болей в н/к в течение последних 5-ти мес, онемение и снижение чувствительности больше справа, похолодание в стопах, отеки на н/к, повышение АД до 185/100 мм.рт.ст. прогессирующее снижение памяти.

Краткий анамнез: СД выявлен 1997в г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания на инсулинотерапии: Актрапид НМ, Протафан НМ, затем Хумодар Б100Р, Р100Р. Около 10 лет получает Фармасулин Н, Фармасулин НNP. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 25 ед., п/о-20 ед., п/у- 15ед., Фармасулин НNP в22.00 -15 ед

Гликемия – 4,5-20,0ммоль/л. Последнее стац. лечение в 04.2017г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает арифон ретард, эналаприл не регулярно.

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 | | |
| 13.06 | 169 | 5,1 | 7,5 | 10 | |  | | 2 | 1 | 62 | 34 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.06 | 113 | 7,6 | 1,6 | 1,72 | 5,1 | | 3,4 | 3,1 | 83 | 14,2 | 3,7 | 2,0 | | 0,21 | 0,26 |

13.06.18 Глик. гемоглобин -8,4 %

13.06.18 К –4,78 ; Nа –140 Са++ -1,12 С1 - 103 ммоль/л

### 13.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. фосфаты на все поле зрения, подсчет остальных форменных элементов не возможен.

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

19.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия 178,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.06 | 9,1 | 11,3 | 4,8 | 9,6 | 6,6 |
| 15.06 |  | 12,9 | 6,2 | 11,3 | 10,7 |
| 18.06 |  |  |  |  | 3,9 |
| 19.06 | 10,7 | 14,3 | 8,2 | 3,4 | 4,5 |
| 21.06 2.00-4,3 | 8,5 | 12,7 | 4,6 | 5,8 | 4,9 |
| 22.06. | 9,5 | 6,6 |  |  |  |

21.06.18Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие с-м Салюс 1, вены значительно расширены, сосуды расширенные, извиты, По ходу сосудов небольшое кол-во экссудатов, ед. микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.06.18 ЭКГ: ЧСС 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

14.06.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 1 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р/д, аторвасттин 40 мг. 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

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

07.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 сохранена

12.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V = 7,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин HNP, арифон ретард, диалипон , армадин, вазилип, физиолечение.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированных зачений, гипргликемия натощак 22.06.18 связвна с неадекватным перекусом 21.06.18 перед сном, несколько , уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

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 < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 27-28 ед., п/о- 18-20 ед., п/уж – 13-15ед., Фармасулин НNР 22.00 17-19 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг вечером
8. Гипотензивная терапия: индапрес (индап) 2,5 мг утром, Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрокобал 1т 2р/д-1 мес.
10. Б/л серия. АДЛ № 177583 с 12. 06.18 . по по 22.06.18 к труду 23.06.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.