#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 636

##### Ф.И.О: Клёпка Виталий Викторович

Год рождения: 1982

Место жительства: Энергодар, ул. Украинская 17-105

Место работы: г. Энергодар ДП НАЭК «Энергоатом» Запорожская АЭС , мастер

Находился на лечении с 06.05.18. по 16.05.18 в энд. 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 (NSS 2, NDS 2). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Вертеброгенная люмбалгия, ремитирующее течение. Нейропатия n. Peroneus смешанного характера.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, гипогликемические состояния 1-2 р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 18ед., п/о- 20ед., п/у- 17ед., Инсуман Базал 22.00 26-27 ед Гликемия –2,5-20 ммоль/л. НвАIс – 6,6 % от 05.2018 . Последнее стац. лечение в 2017г. 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 | | |
| 08.05 | 163 | 4,9 | 5,0 | 5 | |  | | 2 | 1 | 64 | 29 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 08.05 | 102 | 6,2 | 0,75 | 1,31 | 4,5 | | 3,7 | 3,8 | 14,8 | 14,8 | 3,7 | 0,9 | | 0,24 | 0,32 |

15.05.18 Глик. гемоглобин -6,6 %

15.05.18 С-реактивный елок - отр

### 08.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

10.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 1500 эритр - белок – отр

10.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 11.05.18 Микроальбуминурия –48,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.05 | 6,3 | 6,8 | 6,9 | 4,9 |  |
| 10.05 | 9,6 | 11,2 | 4,3 | 5,5 |  |
| 14.05 | 11,6 |  | 2,5 | 6,6 | 4,1 |
| 15.05 2.007,2 | 8,7 | 8,4 | 3,2 | 4,9 |  |
| 16.05 | 7,6 |  |  |  |  |

14.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). Вертеброгенная люмбалгия, ремитирующее течение . Нейропатия n. Peroneus смешанного характера.

08.05.18 Окулист: VIS OD= 1.0 OS= 1,0

А:V 2:3 сосуды слегка извиты. в макуле без особенностей.

07.05.18ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

10.05.18Кардиолог: Кардиальной патологии не выявлено.

10.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

10.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

08.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. 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.

14.05.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, микролитов в почках, эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме предстательной железы.

07.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,9 см3; лев. д. V = 5,4 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, эспа-липон, тивортин, витаксон, нуклео ЦМФ, креон.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, сохраняется нестабильность гликемии в течении суток, пациент нуждается в продолжении стац. лечения, с целью дальнейшей коррекции инсулинотерапии, в связи с семейными обстоятельствами настаивает на выписке из отделения, о возможных осложнениях предупрежден, имеется подпись в истории болезни. гипогликемическое состояниие в 16.00 - 14.05.18 связано с погрешностью в диетотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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 <6,5ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-18-20 ед., п/о-14-18 ед., п/уж – 14-18ед., Инсуман Базал 22.00 26-28 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. 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. Рек. невропатолога: МРТ ПОП, нейромиидин 1,0 – 1,5% нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес Повторный осмотр невропатолога с результатами дообследования.
11. Конс уролога по м/ж учитывая изменения по данным УЗИ простаты.
12. Б/л серия. АДГ № 6719 с 06.05.18. по 16.05.18 к труду 17.05.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.