#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 349

##### Ф.И.О: Рижов Геннадий Георгиевич

Год рождения: 1974

Место жительства: Акимовский р-н, пгт Акимовка ул. Первомайская 34

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 12 .03.18 по 22 .03.18 в диаб. 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 4, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.ДДПП ШОП, грыжа межпозвоночных дисков S4 - Т1. Радикулопатия С5-С6 справа. Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза, церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, гипогликемические состояния в дневное время, после физ нагрузки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. связывает с перенесенными острым панкреатитом. Ранее вводил Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В 01.2016 в связи с гипогликемическими комами (2013.2014.2015.2016) переведен на аналоги. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 18ед., п/о- 8ед., п/у-6ед., Левемир 22.00 24 ед.

Гликемия –4,3-7, ммоль/л. НвАIс -7,8 % от 02.2018 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5мг. АТ ТПО – 12,1 (0-30) МЕ/мл от 2017 . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.03 | 157 | 5,1 | 7,2 | 3 | 1 | 2 | 66 | 27 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.03 | 98 | 4,0 | 1,21 | 1,86 | 1,58 | 1,2 | 4,1 | 80 | 11,7 | 2,8 | 2,3 | 0,34 | 0,48 |

13.03.18 Анализ крови на RW- отр

16.03.18 ; ТТГ –2,9 (0,3-4,0) Мме/мл

16.03.18 С-реактивный белок - отр

13.03.18 К – 3,8 ; Nа –138 Са++ -1,12 С1 – 110 ммоль/л

### 13.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

14.03.18 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 16.03.18 Микроальбуминурия –22,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.03 | 4,7 | 5,3 | 6,0 | 5,8 | 5,5 |
| 14.03 2.00-9,2 | 77 | 10,4 | 7,5 | 7,0 |  |
| 19.03 | 4,5 | 3,4 | 10,8 | 5,3 |  |
| 21.03 | 4,1 | 5,6 | 7,3 | 5,1 |  |

15.03.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3), ДДПП ШОП, грыжа межпозвоночных дисков S4- Т1. Радикулопатия С5-С6 справа. Дисциркуляторная энцефалопатия, смешанного генеза, церебрастенический с-м. Рек: нейромидин 1,0-1,5% в/м, актовегин 10,0 в/в, вит гр В по схеме, келтикан 1т 3р/д

22.03.18Окулист: VIS OD= 0,8 нк OS=0,5сф – 0,5=0,8 ; Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды извиты, больше артерии. стенки вены уплотнены, В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.03.18 Р-ГР Обеих кистей признаки субхондрального склероза, в межфаланговых суставах с обеих сторон

12.03.18 ЭКГ: ЧСС -70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ.

19.03.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.03.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

15.03.18РВГ: Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно сохранена .

16.03.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст диффузных изменений в поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках

12.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V =6,1 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, тиоцетам, тризипин, нейробион, антраль креон, эналаприл, актовегин, медитан, тиолипон

Состояние больного при выписке: За период стац лечения контролировались уровни гликемии. Дозы инсулина не изменены. Уровень в пределах целевых значений. Уменьшились боли в н/к. АД 110/80 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з18- ед., п/о-6 ед., п/уж 6- ед., Левемир 22.00 24 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.