#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1366

##### Ф.И.О: Приймак Иван Васильевич

Год рождения: 1972

Место жительства: Запорожье ул. ул. Космическая 101-33

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.10.18 по  02.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хр. течение. Дисметаболическая энцефалопатия 1, церебрастенический с-м. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 30,7кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/120 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 12ед., п/у-12 ед., Инсуман Рапид п/з 12 ед, п/у 12 ед. Гликемия –14 ммоль/л.. 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 | | |
| 18.10 | 160 | 4,8 | 7,6 | 9 | |  | | 1 | 2 | 61 | 34 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.10 | 107 | 4,35 | 1,58 | 1,34 | 2,28 | | 2,2 | 3,8 | 86 | 9,2 | 2,6 | 1,9 | | 0,5 | 1,3 |
| 30.10 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 10,6 | 2,2 | 1,17 | | 0,64 | 0,68 |

17.10.18 глик . гемоглобин –

18.10.18 К –4,58 ; Nа –136 Са++ -1,11 С1 – 104 ммоль/л

### 18.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –3+++; эпит. пл. 3-4- ; эпит. перех. –много в п/зр

С 19.10.18 ацетон - отр

19.10.18 Суточная глюкозурия – 2,8 %; Суточная протеинурия – отр

25.10.18 микроальбуминурия -134,9мг/сут.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.10 | 15,2 | 8,9 | 12,4 | 11,4 |
| 19.10 | 13,2 | 11,0 | 11,8 | 7,3 |
| 21.10 | 14,4 | 11,1 | 8,,9 | 10,0 |
| 23.10 | 12,0 | 9,0 | 14,0 | 9,6 |
| 21.10 | 10,0 | 10,9 | 7,3 |  |
| 23.10 | 12,0 | 9,0 | 147,0 | 9,6 |
| 27.10 | 12,7 | 7,8 | 9,2 | 10,1 |
| 30.10 | 9,5 | 15,1 | 8,0 | 6,2 |
| 31.10 | 9,7 | 13,1 |  |  |
| 01.11 | 8,9 | 11,0 |  |  |
| 02.11 |  |  |  |  |

08.2017Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хр. течение. Дисметаболическая энцефалопатия 1, церебрастенический с-м.

29.10.18 Окулист: VIS OD= 0,8-0,9 OS= 0,8-0,9 ; .

Гл. дно: сосуды расширены, извиты, стенки вен уплотнены, с-м Салюс 1 ст. Микроаневризмы, ед. твердые экссудаты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.10.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

22.10.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

19.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

25.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

24.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

24.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; изгиб желчного пузыря в верхних тела, застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы.

22.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,2 см3; лев. д. V = 7,2 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, эспа-липон, мильгамма, нуклео ЦМФ, стеатель, саргин, нолипрел би форте.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-14-16 ед., п/уж -12-14 ед., Инсуман Базал п/з 24-26 ед, п/у 28-30 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. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: эналаприл 10 мг 2р/д.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.