#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 232

##### Ф.И.О: Лазепин Сергей Анатольевич

Год рождения: 1980

Место жительства: Михайловсикй р-н, пгт Михайловка ул. Школьная 327

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.02.18 по 27.02.18 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 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия IIIст. Артериальная гипертензия 3 ст. Субатрофия гл. яблока, частичная атрофия ЗН. Осложнённая артифакия ОД (исход травмы) ангиопатия сетчатки диабетическая , помутнение роговицы OS

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В 2007 в связи частыми гипогликемическими состояниями переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 9ед., п/о- 9ед., п/у- 9ед., Левемир 22.00 32 ед. Гликемия –2,8-15 ммоль/л. НвАIс -11,4 % от 10.2017. Последнее стац. лечение в 2013г.. Повышение АД в течение года. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.02 | 140 | 4,92 | 6,6 | 12 | 0 | 1 | 59 | 31 | 9 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.02 | 101 | 5,62 | 1,32 | 1,73 | 3,28 | 2,2 | 6,6 | 85 | 11,9 | 2,9 | 1,5 | 0,29 | 0,14 |

16.02.18 Глик. гемоглобин 10,5- %

16.02.18 К –4,61 ; Nа –136 Са++ -1,17 С1 - 104 ммоль/л

### 16.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. ед в п/зр

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

19.02.18 Суточная глюкозурия – 2,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.02.18 Микроальбуминурия –59,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.02 | 8,5 | 13,1 | 5,8 | 10,2 |
| 20.02 | 7,5 | 10,7 | 16,2 | 17,4 |
| 22.02 | 9,0 | 7,4 |  | 13,1 |
| 23.02 | 9,0 | 13,9 |  |  |
| 25.02 | 5,6 | 11,9 | 10,7 | 9,5 |
| 26.02 |  | 5,7 |  |  |

23.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6).

23.02.18 Окулист: VIS OD= сет пальцев OS= ОД субатрофия гл яблока. Рубец роговицы артифакия Гл. дно: од флером. Бледный ДЗН. OS – на роговице поверхностные помутнение в оптической зоне. На гл дне вены широкие, полнокровны, сосуды извиты. Д-з: субатрофия гл. яблока, частичная атрофия ЗН. Осложнённая артифакия ОД (исход травмы) ангиопатия сетчатки диабетическая, помутнение роговицы OS

15.02.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена вправо. Гипертрофия левого желудочка.

16.02.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо. Гипертрофия левого желудочка..

15.02.18 Кардиолог: Артериальная гипертензия 3 ст.

15.02.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

16.02.18РВГ: 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 нарушена.

15.0.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,7 см3; лев. д. V =6,5 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир карведилол, диалипон, тивортин, эналаприл, индапрес,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-11-12 ед., п/о-10-12 ед., п/уж – 10-12ед., Левемир 22.00 34-36ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, УЗД БЦА ,карведилол 25 мг 1т 2р/д, повторный осмотр кардиолога с результатами дообследования
9. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
10. 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.
11. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 1 мес.
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.