#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 599

##### Ф.И.О: Дмитриков Сергей Николаевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Приморский р-н, с. Елизаветовка, ул. Первомайская 4-3.

Место работы: н/р, инв. III гр.

Находился на лечении с 12.05.15 по 22.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая симметричная диабетическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, постинфарктный кардиосклероз (09.2014). СН 1. САГ 1ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза. Цефалгический с-м, ликворно гипертензионный с-м, признаки внутричерепной гипертензии. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, боли в поясничной области, периодические боли в сердце, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы в январе 2015 г – гипогликемическая . С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 22ед., п/у-18 ед. Хумодар Б100Р п/з 28 ед, п/у 24 ед. Гликемия –14 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5-10 мг/сут, лоспирин 75 мг веч, эстет 1т веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.05.15 Общ. ан. крови Нв – 143 г/л эритр –4,3 лейк –4,8 СОЭ –3 мм/час

э- 2% п- 1% с- 61% л- 32% м- 4%

13.05.15 Биохимия: СКФ –101 мл./мин., хол –5,7 тригл -1,22 ХСЛПВП – 0,84ХСЛПНП – 4,31Катер -5,8 мочевина –5,8 креатинин – 97 бил общ –13,7 бил пр –3,3 тим 0,6 АСТ –0,47 АЛТ –0,51 ммоль/л;

15.05.15 К – 4,3 Na -139 ммоль/л

### 13.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

14.05.15 Суточная глюкозурия –1,9 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.05.15 Микроальбуминурия – взята

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.05 | 10,1 | 8,8 | 10,0 | 10,6 |
| 16.05 | 8,4 | 7,9 | 12,9 | 9,9 |
| 19.05 |  |  | 13,8 |  |
| 21.05 |  |  | 10,8 |  |

15.05.15Невропатолог: Хроническая симметричная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза. Цефалгический с-м, ликворно гипертензионный с-м, признаки внутричерепной гипертензии.

18.05.1518.05.15Окулист: VIS OD= 0,03 OS=0,3

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Экссудативные очаги макулярной области ОД. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.05.15ЭКГ: ЧСС 70- уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец перегородно-верхушечной области. Гипертрофия левого желудочка.

14.05.15Кардиолог: ИБС, постинфарктный кардиосклероз (09.2014). СН 1. САГ 1ст.

12.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.05.15 РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

15.05.15 Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий: на руках.

13.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8 см3; лев. д. V = 5,4 см3

Перешеек –0,36 см.

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

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, лоспирин, эстет, бисопролол, плагрил., эспа-липон, ноотропил, нейрорубин, L-лизин эсцинат

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. От перевода на дробную схему инсулинотерапии больной категорически отказывается о чем иметься запись в истории болезни.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-22-24 ед., п/уж -18 ед., Хумодар Б100Р п/з- 32-34ед., п/уж – 26-28ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспекард 100 мг 1р/д., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес, индапрес 2,5 мг утром, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: вазокет 600мг утром 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ. Оптикс форте 1т 1р\д конс. лазерного хирурга.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

/Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед Костина Т.К.