#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 931

##### Ф.И.О: Степневский Владимир Иванович

Год рождения: 1979

Место жительства: г. Мелитополь, ул. Геническая 36а

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 03.08.16 по 15.08.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия. Синусовая тахикардия СН1. Артериальная гипертензия II ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, , шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-38 ед., п/у- 34ед., Гликемия –2,5-18,0 ммоль/л. НвАIс - 9,8% от 03.2016. Последнее стац. лечение в 2015г (в Мелитопольской гор. больнице). Повышение АД в течение 7 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.08.16 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр – 4,3 лейк 8,0– СОЭ –9 мм/час

э-0 % п- 0% с- 75% л- 23 % м- 2%

04.08.16 Биохимия: СКФ –77,3 мл./мин., хол –6,4 тригл – 1,73ХСЛПВП -0,99 ХСЛПНП -4,6 Катер -5,5 мочевина –5,8 креатинин – 113бил общ –10,4 бил пр 2,6– тим –1,6 АСТ – 0,57 АЛТ – 0,92 ммоль/л;

04.08.16 Глик. гемоглобин – 11,1%

03.08.16 Тропонин <0.02 нг/ мл ( <0.06)

05.08.16 К – 5,6 ; Nа – 138,7 Са 2,4 ммоль/л

### 04.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,035 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

09.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

08.08.16 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 12.08.16 Микроальбуминурия –20,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.08 | 9,,6 | 10,9 | 11,9 | 13,1 | 9,9 |
| 07.08 | 9,4 | 10,2 | 6,8 | 8,8 | 9,0 |
| 09.08 | 7,1 | 8,9 | 7,4 | 6,1 | 8,1 |
| 13.08 | 9,2 | 8,4 | 5,3 | 6,5 | 3,1 |
| 14.08 |  |  |  | 21.30-4,5 | 6,7 |

04.08.16Окулист: VIS OD= 0,8-0,5=1,0 OS= 0,6-0,5= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:v 1:2 сосуды широкие, умеренно извиты, вены полнокровны, стенки вен уплотнены. В макулярной области без особенностей.

04.08.16ЭКГ: ЧСС - 133уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

09.08.16ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

03.08.16Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия. Синусовая тахикардия СН1. Артериальная гипертензия II ст.

03.08.16ЭХО КС: КДР- 5,1см; КСР- 3,4см; ФВ-63 %; просвет корня аорты -2,9 см; ПЛП – 3,1 см; МЖП –1,0 см; ЗСЛЖ –1,0 см; ППЖ-2,5 см; По ЭХО КС: Эхопризнаки диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 1 ст на ТК. Взаимоотношение камер сердца не нарушено. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

2014Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

04.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4см3; лев. д. V = 7,0см3

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

Лечение: Хумодар К25 100Р. Инсуман Рапид, Инсуман Базал, эналаприл, небивал, фенигидин, тиоктацид, нейровитан,

Состояние больного при выписке: Ввиду тяжелой формы СД, лабильного течения заболевания, отсутствия компенсации переведен с Хумодар К 25 100Р на Инсуман Рапид, Инсуман Базал. СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. 14.08.16 в 21.30 отметил головную боль, слабость, что расценил как гипогликемическое состояние, пил сладкий чай, после чего гликемия 4,5 ммоль\л. При осмотре пациента дежурным врачом зафиксирована артериальная гипертензия 180/100 мм рт ст, после приема фенигидина АД 150/90 мм рт ст. пациенту рекомендовано продолжить госпитализация на несколько дней для коррекции инсулинотерапии и артериальной гипертензии, но по семейным обстоятельствам просит выписать домой.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 20-22 ед.,п/о 18-20 п/уж -10-12 ед., Инсуман Базал 22.00- 22-24 ед..
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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: небивалол 5 мг, предуктал MR 1т 2р/д 1 мес. Контроль АД, ЧСС, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.