#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1065

##### Ф.И.О: Васюков Александр Владимирович

Год рождения: 1973

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Куйбышева 44-83

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 26.07.17 по 09.08.17 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, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия IVст. Метаболическая кардиомиопатия. Неполная блокада ПНПГ СН 0. Энцефалопатия 1, сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, снижение веса на 5 кг за 6 мес., ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния в 17.00 и в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая - 2012, госпитализирован в ОИТ Токмакской ЦРБ.. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 16ед., п/у6 ед., Хумодар Р100Р п/з – 4 ед. Гликемия –4-10 ммоль/л. НвАIс – 9,8 % от 03.2017. Последнее стац. лечение в 2016г. 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 |
| 27.07 | 144 | 4,3 | 6,4 | 3 | 1 | 1 | 70 | 25 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.07 | 93 | 4,17 | 1,41 | 1,67 | 1,85 | 1,5 | 3,1 | 84 | 33,0 | 4,1 | 1,5 | 0,7 | 1,02 |

27.07.17 Анализ крови на RW- отр

31.07.17 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

27.07.17 К – 4,77 ; Nа – 139 Са - Са++ -1,17 С1 - 105 ммоль/л

### 27.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

28.07.17 Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – 0,038

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.07 | 8,5 | 10,5 | 11,1 | 14,2 |
| 29.07 | 6,4 | 8,7 | 3,6 | 7,7 |
| 01.08 | 6,2 | 15,7 | 2,7 | 2,9 |
| 03.08 2.00-4,8 | 10,3 | 6,7 | 8,3 | 3,4 |
| 05.07 | 6,1 | 2,7 | 2,6 | 5,0 |
| 06.08 |  | 4,3 | 11,9 |  |
| 07.08 |  |  | 2,7 |  |
| 08.08 |  |  | 5,4 |  |

08.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Энцефалопатия 1, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. рек келтикан 1т 3р/д, актовегин 1т 3р/д

07.80.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Гл. дно: сосуды обычного калибра . А:V 2:3 умеренно извиты ,вены уплотнены. В макулярной области без особенностей.

26.07.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Высокие з. Т V3-4, вследствие ваготонии.

07.08.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия . Неполная блокада ПНПГ СН 0..

Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

27.07.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст.

03.08.17РВГ: 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.

07.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре,

26.07.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8 см3; лев. д. V = 6,8см3

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

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, тиоктодар,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. пациент переведен на схему интенсивной инсулинотерапии в результате повышения уровня глик гемоглобин 9,8% от 03.2017, нестабильность пре-, постпрандиальной гликемии, потерей веса, гипогликемическими состояниями. В стационаре проводилась постоянно коррекция инсулина, на одних и тех же дозах инсулина гликемия определялась от 11,9- 2,7 ммоль\л. Учитывая вышеизложенное степень СД «средняя» изменена на «тяжелую, лабильное течение»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-18 ед., п/о-6 ед., п/уж - 8ед., Хумодар Б100Р 22.00 12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
8. Повторная госпитализация через 2-3 мес при возникновении повторных гипогликемических состояний, для перевода на другие виды инсулина .

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.