#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1083

##### Ф.И.О: Сопин Сергей Васильевич

Год рождения: 1974

Место жительства: Васильевский р-н, с. М. Белозерка ул. Киевская 37

Место работы: н/р. инв II гр

Находился на лечении с 31.07.17 по 12.07.17 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 Препролиферативная диабетическая ретинопатия, состояние после ЛК ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст субкомпенсация. Симтоматическая артериальная гипертензия 1 ст фиброматоз сухожилий сгибателей пальцев кистей.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног парестезии веч, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли,. Гипогликемические состоянии связанные с физ нагрузкой.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1982г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические до перевода на аналоги С 2007 в связи с декомпенсацией СД переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 5ед., п/о-4 ед., п/у- 5ед., Лантус 22.00 – 15 ед. Гликемия –4,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ, гипотиреоз выявлен в 2012, принимает эутирокс 37,5 мкг/сут АТ ТПО – 88 (0-30) МЕ/мл от 2014. ТТГ –4,5 (0,3-4,0) Мме/мл от 2016. 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 |
| 01.08 | 163 | 4,9 | 4,0 | 10 | 1 | 0 | 75 | 21 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 01.08 | 7,3 | 7,4 | 1,56 | 1,63 | 5,06 | 3,53 | 3,8 | 88 | 9,1 | 2,3 | 3,4 | 0,22 | 0,38 |

03.07.17 Глик. гемоглобин -7,8 %

01.08.17 Анализ крови на RW- отр

04.08.17 ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

01.07.17 К – 4,59 ; Nа – 144,9 Са - Са++ -1,12 С1 -106,3 ммоль/л

### 01.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

02.08.17 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 02.08.17 Микроальбуминурия –26,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.08 | 4,1 | 8,3 | 9,1 | 4,6 |
| 04.08 | 11,1 | 18,9 | 4,4 | 4,0 |
| 06.08 | 4,8 | 8,1 | 8,9 | 11,4 |
| 08.08 | 7,6 | 9,3 | 5,9 | 3,9 |
| 09.08 |  |  |  | 11,7 |
| 10.08 |  |  |  | 3,6 |

04.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Рек: келтикан 1т 3р\д.

01.08.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Гл. дно: сосуды сужены, извиты ,вены неравномерного калибра, полнокровны, микроаневризмы, следы от ЛК. Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ,состояние после ЛК ОИ.

31.07.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

07.08.17Кардиолог: САГ 1 ст.

Рек. кардиолога: эналаприл 2,5-5 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

02.08.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст фиброматоз сухожилий сгибателей пальцев кистей. Рек КТ кистей.

03.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к слева снижено - Ш ст. , справа 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 значительно нарушена.

10.08.17 УЗИ почек : Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме правой почки, мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

31.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,0 см3; лев. д. V = 4,8 см3

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиогамма, весе дуэф, витаксон, эутирокс,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Проведена коррекция инсулина Эпайдра, Лантус

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-6 ед., п/о-6 ед., п/уж -6-7 ед., Лантус п/з – 16 ед .
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. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 25 мкг утром натощак за 30 мин до еды.
10. 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 Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.