#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1148

##### Ф.И.О: Приймак Иван Васильевич

Год рождения: 1972

Место жительства: г. Запорожье ул. Космическая 101/33

Место работы: н/р

Находился на лечении с 15.08.17 по 30.08.17 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. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, периодические гипогликемические состояния связанные с физ нагрузкой или нарушением режима питания.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 16ед., п/о- 14ед., п/у12- ед., Инсуман Базал 22.00 12 ед. Гликемия –14 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает гиприл А. 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 |
| 16.08 | 145 | 4,3 | 7,2 | 6 | 1 | 2 | 67 | 22 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.08 | 90, | 5.39 | 2.22 | 1.41 | 3.0 | 2.8 | 5.5 | 122.0 | 12.5 | 3.0 | 1.7 | 0.77 | 1.1 |

18.08.17 Глик. гемоглобин – 9,7%

16.08.17 Анализ крови на RW- отр

18.08.17 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

23.09.17ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 14,9(0-30) МЕ/мл

23.08.17 К – 4,2 ; Nа – 145,6 Са - Са++ - 1,02С1 - 107 ммоль/л

### 16.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк –7-8 в п/зр белок – 0,055 ацетон –отр; эпит. пл. ум- ; эпит. перех. - ед в п/зр

18.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - 250 белок – 0,040

18.08.17 Суточная глюкозурия – 4,2%; Суточная протеинурия – 0,050

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.08 | 13,2 |  | 10,6 | 11,6 |
| 18.08 | 14,3 | 10,8 | 7,3 | 11,3 |
| 20.08 | 13,3 | 9,7 | 14,1 | 13,2 |
| 22.08 | 11,7 | 11,7 | 6,3 | 8,6 |
| 24.08 | 9,4 | 9,3 | 11,3 | 10,1 |
| 27.08 | 8,0 | 4,1 | 5,2 |  |
| 28.08 |  |  |  | 3,9 |
| 29.08 |  |  |  | 5,8 |

18.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Дисметаболическая энцефалопатия 1ст.цереброастенический с-м. Рек: нуклео ЦМФ2,0 в/м № 5АСК, церебролизин 10,0 № 10

22.08.17Окулист: VIS OD= 0,9-1,0 OS= 0,9-1,0 ; Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. умерено извиты, вены уплотнены с-м Салюс 1ст. ед. микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.08.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. изменения миокарда переднебоковой области.

22.08.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 1р/д. предуктал MR 1т 2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

17.08.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1ст..

22.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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 незначительно нарушена.

17.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9 см3; лев. д. V =6,2 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, торадив, аторвакор, тиогамма, амлодипин, пирацетам.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90 мм рт. ст.

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-26 ед., п/о- 22ед., п/уж -16 ед., Инсуман Базал 22.00 26ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг утром, амлодипин 10 мг веч, магникор 1т утром. Контр. АД.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В