#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 459

##### Ф.И.О: Рудь Сергей Викторович

Год рождения: 1972

Место жительства: Токмакский р-н, с. Урожайное ул. Молодежная 11

Место работы: ТОВ «Токмакский карьев» сторож

Находился на лечении с 27.03.17 по 06.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3) , хр. течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, субклинический гипотиреоз, впервые выявлений. Посттравматическая энцефалопатия 1, (ЧМТ 1988) с-м умеренной вестибулопатии, цереброастенический с-м., цефалгический с-м. Патология МАГ (S –образная извитость). ВСА с 2х сторон. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН 0- 1. С-м ВСД .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2-3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, боли в прекардиальной области, периодические гипогликемические состояния в различное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-4 ед., п/у 4 ед., Хумодар Б100Р п/з 22-24ед, п/у 12 ед Гликемия –11,0-15 ммоль/л. НвАIс – 7,4 % от 03.2017 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение года, гипотензивная терапия не регулярная. Диффузный зоб 1ст с 2016. ТТГ – 4,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 787,1 (0-30) МЕ/мл от 2016 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.03.17 Общ. ан. крови Нв – 168 г/л эритр –4,9 лейк – 8,1 СОЭ –3 мм/час

э- 0% п- 3% с- 74% л- 21 % м- 2%

28.03.17 Биохимия: СКФ –100,9 мл./мин., хол –4,8 тригл -1,03 ХСЛПВП – 1,65ХСЛПНП -2,7 Катер – 1,9мочевина –5,8 креатинин – 92,4 бил общ –10,8 бил пр –2,7 тим –3,2 АСТ – 0,21 АЛТ 0,33– ммоль/л;

29.03.17 Анализ крови на RW- отр

28.03.17 ТТГ – 5,0 (0,3-4,0) Мме/мл

### 04.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 1-2; эпит. перех. - в п/зр

03.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – отр

29.03.17 Суточная глюкозурия – 3,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.03.17 Микроальбуминурия –16,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.03 | 10,0 |  |  |  |  |
| 29.03 | 7,1 | 9,0 | 6,1 | 6,2 | 7,2 |
| 01.04 | 8,7 | 16,0 | 11,6 | 6,6 | 7,7 |
| 04.04 2.00-5,6 | 6,1 | 10,6 | 7,1 | 7,2 | 10,6 |
| 05.04 |  |  |  | 6,5 | 7,0 |

28.03.17 Невропатолог: Посттравматическая энцефалопатия 1, 1 (ЧМТ 1988) с-м умеренной вестибулопатии, цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Патология МАГ (S –образная извитость). ВСА с 2х сторон. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3) , хр. течение.

30.03.17 Окулист: VIS OD=0,5-0,6 OS= 0,4-0,5

Оптические среды прозрачные. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3, сосуды широкие, умерено извиты. В макулярной области без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

27.03.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

28.03.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН 0- 1. С-м ВСД . рекомендовано аспирин кардио 100 мг /сут, предуктал MR 1т 2р\д 1 мес, арифон ретард 1т, Контроль АД ЭКГ, ЭХОКС в динамике.

2016 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II

27.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,7см3; лев. д. V =8,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 ст. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, тиогамма, мильгамма, ноотропил, нормовен, хемопамид, L-тироксин,

Состояние больного при выписке: В связи с неустойчивой гликемией, гипогликемическими состояниями, плохим самочувствием, негативным отношением пациента к введению инсулинов Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р изменен вид инсулина и режим инсулинотерапии СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-14-16 ед., п/о-10-12 ед., п/уж -6-8 ед., Инсуман Базал 22.00 10-12 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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: нормовен 2т утром 2 мес,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В