#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 732

##### Ф.И.О: Поликарпов Валерий Николаевич

Год рождения: 1950

Место жительства: г. Запорожье ул. Тополина 33/7

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.05.17 по 02.06.17 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, (NSS 3, NDS 4), сенсомоторная форма, хр. течение. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Митральная аортальная регургитация до 1 ст. СН 0. Риск 4. ДЭП 1-II сочетанного генеза (дисметаболическая гипертоническая, цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Правосторонняя невправимая пахово-мошоночная грыжа средних размеров.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, повышение АД макс. до 220/95-100 мм рт.ст., головные боли, шаткость хотбе, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, комы, в 2017 – трижды с нарушением сознания, вызовом СМП, последняя 18.04.17. С 2000 инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2005 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведен на аналоги: Лантус, Эпайдра, после чего уменьшились частота и интенсивность гипогликемических состояний. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 16ед., п/о-16 ед., п/у- 14ед., Лантус 22.00 32 ед. НвАIс – 9,3 % от 03.2017 . Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 7 лет. АИТ с 2009 АТПО – 600 МЕ/ мл ( 0-30) АТТГ – 243 ( 0-100) МЕ/мл 2014 ТТГ ( 2015) 0,1 ММЕ/мл Т4св -15,2 ( 11,5-227). 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 |
| 18.05 | 169 | 5,1 | 4,2 | 9 | 1 | 2 | 67 | 28 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.05 | 103 | 4,1 | 0,77 | 1,22 | 2,5 | 2,3 | 4,1 | 73,7 | 27,2 | 6,8 | 0,94 | 0,66 | 0,68 |

18.05.17 Анализ крови на RW- отр

19.05.17 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

19.05.17 К –3,8 ; Nа 133 Са 2,23 ммоль/л

### 18.05.17 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

22.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

19.05.17 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 31.05.17 Микроальбуминурия –84,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.05 2.00-13,4 | 10,1 | 2,7 | 9,3 | 9,1 | 8,9 |
| 19.05 2.00-18,2 | 16,4 |  |  |  |  |
| 20.05 | 13,5 | 9,8 | 2,5 | 16,5 | 14,1 |
| 25.05 | 4,3 | 5,3 | 4,1 | 9,7 |  |
| 29.05 | 13,4 | 7,7 | 4,4 | 6,0 | 3,6 |
| 31.05 | 11,2 | 8,9 | 4,0 | 3,2 | 7,3 |
| 01.06 2.0010,7 | 6,5 |  |  | 5,6 |  |
| 02.06 | 7,1 |  |  |  |  |

17.05.17Невропатолог: ДЭП 1-II сочетанного генеза (дисметаболическая гипертоническая, цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение

17.05.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

25.05.17ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

30.05.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Митральная аортальная регургитация до 1 ст. СН 0. Риск 4.

Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., престариум 5-10 мг веч., карведилол 25 мг 1-2р/д. при недостаточном гипотензивном эффекте физиотенс 0,2 мг/сут .контроль ЭХОКС через 6 мес.

27.05.7ЭХО КС: фв 56% Уплотнение стенок аорты и створок АК. Расширение восходящее отдела аорты, больше корная аорты, с увеличением синусы Вальсавы у пр. коронарной и коронарной створок до 9 мм ,аортальная регургитация 1 ст. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Уплотнение МК. МР 1 ст, диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа, дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

27.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. правосторонняя невправимая пахово-мошоночная грыжа средних размеров.

25.05.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повыен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

01.06.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,0 см3; лев. д. V = 9,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: престариум индапен, амлодипин торсид, омепразол, карведилол, Эпайдра, Лантус, тиогамма, актовегин, ноотропил, магнезия,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, уменьшились боли в н/к. Стабилизировалось АД 120/80-140/90 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: Эпайдра п/з- 14-16ед., п/о- 8-1010ед., п/уж -10-12 ед., Лантус 22.00 38-40 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: нолипрел форте 1т утром, карведилол 25 мг утром. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. 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.
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