#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 823

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

Год рождения: 1950

Место жительства: г. Запорожье ул. Тополина, 33-7

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04.06.17 по 12.06.17 в диаб. отд. (04.06.17-06.06.17 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II ст 3 степени. Гипертензивное сердце. Митральная аортальная регургитация до 1 ст. СН 0 ст. риск 4. Дисметаболическая энцефалопатия I-II. цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Невправимая правостороння пахово-мошоночная грыжа средних размеров.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/110 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14 ед., п/о-10 ед., п/у- 12ед., Лантус 22.00 – 38 ед. Последнее стац. лечение в 05-06.2017г. после выписки из эндокриндиспансера вводил инсулин согласно рекомендациям. 04.06.17 на фоне обычных приемов пищи, после введения п/об 10 ед эпайдры, через 1,5-2 часа отметил резкое ухудшении состояния. Была вызвана СМП, данное состояние расценено как гипогликемическое, в/в стр. введена 40% глюкоза 60,0 мл, после чего доставлен в эндокриндиспансер. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 05.06 | 150 | 4,5 | 5,1 | 13 | 0 | 2 | 69 | 35 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.06 |  | 4,13 |  |  |  |  | 6,08 | 79,5 | 20,7 | 5,17 | 1,35 | 0,25 | 1,01 |
| 04.06 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,2 | 0,51 |

04.06.17 Гемогл – 169 ; гематокр – 0,5; общ. белок – 71 г/л; К –4,1 ; Nа –140,3 ммоль/л

06.06.17 К – 4,6; Nа – 143Са -2,6 ммоль/л

04.06.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 7 мин.; ПТИ – 4,4 %; фибр –62 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6

### 07.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

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

##### 08.06.17 Микроальбуминурия –58,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.06 |  | 7,9 | 9,3 | 10,1 |  |
| 05.06 | 10,4 | 3,0 | 16,0 | 14,2 |  |
| 07.06 | 2,6 | 3,8 | 6,8 | 4,2 |  |
| 09.06 | 6,5 | 5,7 | 4,9 | 6,2 | 6,5 |
| 11.06 | 4,1 | 4,0 | 5,9 | 3,6 | 6,3 |
| 12.06 2.00-13,2 |  |  |  |  |  |

08.06.17Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1- II , цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение

06.06.17 ЭКГ: ЧСС 67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

06.06.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II ст 3 степени. Гипертензивное сердце. Митральная аортальная регургитация до 1 ст. СН 0 ст. риск 4.

Рек. кардиолога: аторвастатин 40 мг\*1р/сут. на ночь, карведилол 12,5 мг утр, нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

27.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.06.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст. Невправимая правостороння пахово-мошоночная грыжа средних размеров.

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: нолипрел, карведилол, магникор, Лантус, Эпайдра, тиогамма, ново-пасит, адаптол, фенигидин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, гипогликемических состояний не отмечает. Гипергликемия в 2.00 по видимому связана с перекусом перед сном. АД 130-140/80 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- 10-12ед., п/о- 8-10ед., п/уж -8-10 ед., Лантус 22.00 32 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. Гипотензивная терапия: энолипрел форте 1т утром, карведилол 1,25 мг утром, нолипрел 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил (магникор) 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. до 2 мес.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В