#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 857

##### Ф.И.О: Бычков Алексей Васильевич

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Запорожье ул, Гоголя 124-16

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 12.06.17 по 22.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ, миопия слабой степени ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, утомляемость, редкие гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические: 04.2015. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 20ед., п/о- 20ед., п/у- 20ед., Хумодар Б100Р 22.00 30 ед. Гликемия 5-12 ммоль/л. НвАIс 7,4 % от 06.2016 . Повышение АД в течение 25 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20, индапрес 2,5 утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.02 | 142 | 4,5 | 8,2 | 14 | 1 | 1 | 80 | 15 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.06 | 92,9 | 4,9 | 2,16 | 1,0 | 2,9 | 3,9 | 5,1 | 130,9 | 11,2 | 2,8 | 1,3 | 0,38 | 0,52 |
| 19.06 |  |  |  |  |  |  | 6,0 | 114,4 |  |  |  |  |  |

15.06.17 Глик. гемоглобин -7,4 %

16.06.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 93,83,8 %; фибр – г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100% св. гепарин – 4

### 13.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

##### 16.06.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.06 | 7,7 | 10,5 | 3,5 | 6,1 |
| 15.06 | 11,6 | 15,4 | 9,0 |  |
| 16.06 | 7,7 | 6,9 |  |  |
| 17.06 | 5,9 | 8,9 | 4,5 | 4,8 |
| 21.06 |  |  | 4,8 |  |

20.06.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

20.06.17Окулист: VIS OD= 0,3сф- 2,0=0,8 OS= 0,2-2,0=0,8

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды умеренно извиты, склерозированы. с-м Салюс 1-II. микроаневризмы, геморрагии, твердые экссудаты Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой ст. ОИ.

12.06.17 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. АВ блока 1 ст

14.06.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 10-20мг, индапрес 2,5 мг. аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал MR 1т 2р/д.

14.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

19.06.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела, застоя в ж/пузыре.

06.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V = 7,5см3

Перешеек –0,34 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Капсула не изменена ,эхогенность и эхоструктура паренхимы обычная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, индапрес, аспирин кардио, тиоцетам, витаксон, предуктал MR, диалипон турбо.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм 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: Хумодар Р100Р п/з-20-22 ед., п/о-18-22 ед., п/уж -18-22 ед., Хумодар Б100Р 22.00 -30 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. Рекомендации кардиолога - эналаприл 10-20мг, индапрес 2,5 мг. аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал MR 1т 2р/д.-1 мес.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рекомендации окулиста –тауфон по 1 табл 3 р/день.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В