#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 616

##### Ф.И.О: Поляков Николай Василевич

Год рождения: 1943

Место жительства: г. Запорожье пр. Ленина 106а- 23

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 25.04.17 по 10.05.17 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. Ангиопатия сетчатки. Ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щит. железы., гипотиреоз средней тяжести ст. мед. субкомпенсации. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 0-1, симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Миопия высокой степени, помутнение роговицы ОД. Миопия средней степени OS. Варикозная болезнь н/к, флебэктомия справа.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В 2007 в связи с частими гипогликемическими состояниями переведен на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 9ед., п/о- 9ед., п/у- 9ед., Левемир п/з10ед, п/у 9 ед. Гликемия –10,9 ммоль/л. НвАIс -8,3 % от 04.2017 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл. АИТ, гипотиреоз выявлен в 2011, постоянно принимает L-тироксин 100 мкг\сут АТ ТПО – 132 (0-30) МЕ/мл от 2014. 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 |
| 26.04 | 132 | 4,0 | 5,6 | 10 | 1 | 1 | 63 | 34 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.04 | 83,4 | 5,6 | 0,96 | 1,37 | 3,8 | 3,1 | 4,2 | 79 | 11,9 | 3,0 | 0,9 | 0,12 | 0,19 |

28.04.17 ТТГ – 15,0 (0,3-4,0) Мме/мл

### 26.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

27.04.17 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.04.17 Микроальбуминурия – 59,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.04 | 9,5 | 5,8 | 2,1 | 4,8 |
| 30.04 | 5,4 | 2,6 | 10,7 | 13,1 |
| 02.05 | 3,8 | 3,0 | 4,5 | 4,2 |
| 05.05 | 7,2 | 6,1 | 8,8 | 5,8 |

14.07.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, цереброастенический с-м, миопия высокой степени. рек-но вестибо 24 мг 2р/лд 1 мес, сермион 30 мг утром 1-2 мес.

26.04.17 Окулист: VIS OD= 0,09 сф – 7,0 =0,5 OS= 0,1сф – 5,0 =1,0 ;

Факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены полнокровны, сосуды умеренно извиты, ангиосклероз. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сетчатки. Миопия высокой степени, помутнение роговицы ОД. Миопия средней степени OS. Ре-но очковая коррекция зрения.

25.04.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

28.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ш ст. Варикозная болезнь СПО (флебэктомия справа) Ре-но: наблюдение сосудистого хирурга.

26.04.17 РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

25.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V = 5,2 см3

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

Лечение: эналаприл, L-тироксин, ваксикум, Новорапид, Левемир, тиогамма, актовегин

Состояние больного при выписке: 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, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-9 ед., п/о- 9ед., п/уж - 9ед., Левемир п/з 10 ед, п/у 9 ед 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. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Берлитион (диалипон) 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.
8. L-тироксин 100 мкг утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 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.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В