#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 27

##### Ф.И.О: Дмитриев Виталий Владимирович

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Запорожье ул. Узбекистансткая 9/116

Прописан Пологовский р-н, с. Франко, пер. Комарова 6

Место работы: Завод «хит технологии». водитель.

Находился на лечении с 06.01.17 по 20.01.17 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.ХБП II-ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН 0

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., гипогликемические состояния, в различное время суток вплоть до пери сознания ,усиленный аппетит, периодические отеки голеней, давящие боли в сердце .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические - неоднократно ( со слов больного) последняя в 2011. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-3-6 ед., п/о- 3-6ед., п/у- 4-5ед., Хумодар Б100Р п/з 12 ед, (часто пациент вводит 6 ед п/з + 6 ед п/о) 22.00 10 – 11 Гликемия –6,0-14,6 ммоль/л. . Последнее стац. лечение в 2014г (4-я гор. больница) . Повышение АД в течение 5 лет. гипотензивную терапию не принимает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.01.17 Общ. ан. крови Нв –178 г/л эритр – 5,3 лейк –8,4 СОЭ –2, мм/час

э- 4% п- 2% с-76 % л- 12 % м- 6%

10.01.17 Биохимия: СКФ –70,4 мл./мин., хол –5,9 тригл -1,74 ХСЛПВП -2,73 ХСЛПНП -2,37 Катер -1,2 мочевина –5,8 креатинин –117 бил общ –11,,8 бил пр – 2,9 тим –5,18 АСТ – 0,63 АЛТ –0,51 ммоль/л;

11.01.17 Анализ крови на RW- отр

### 11.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1036 лейк – 4-5 в п/зр белок – 0,04 ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - едв п/зр

12.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,040

10.01.17 Суточная глюкозурия – 3,84 %; Суточная протеинурия – 0,07

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.01 | 9,6 | 8,5 | 7,2 | 4,4 | 2,6 |
| 09.01 | 12,9 | 13,2 | 12,0 | 9,3 | 4,1 |
| 10.01 2.00-11,2 |  |  |  |  |  |
| 11.01 | 13,7 | 4,9 | 10,6 | 5,2 | 4,2 |
| 15.01 | 14,0 | 18,3 | 11,1 | 11,2 | 3,6 |
| 17.01 | 10,7 | 10,1 | 8,6 | 8,9 |  |
| 18.01 | 9,4 | 8,3 | 3,5 | 10,7 | 12,3 |
| 19.01 2.00-2,7 | 3,3 |  |  |  |  |
| 20.01 | 4,9 |  |  |  |  |

06.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение.

13.01.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD=22 OS=22

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:2, сосуды извиты, вены полнокровны, Салюс I. В макулярной области без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. .

10.01.17ЭКГ: ЧСС 67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочка.

16.01.17 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0

19.01.17ЭХО КС: КДР- с5,0м; КДО- 116мл; КСР- 3,0см; КСО-3,4 мл; УО82- мл; МОК-6,6 л/мин.; ФВ- 71%; просвет корня аорты -1,7 см; ПЛП – 3,2 см; МЖП –1,0 см; ЗСЛЖ – 1,0см; ; По ЭХО КС: Минимальная регургитация на легочной артерии, соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется, сократительная способность в норме.

10.01.17РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

18.01.17 Фг ОГК№ 101967: без патологии .

06.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5см3; лев. д. V =6,8 см3

Перешеек –0,4 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: . Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р диалипон, витаксон, эналаприл, кардиомагнил, торвакард.

Состояние больного при выписке: СД компенсировать на Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р не удавалось, сохранялась неустойчивая гликемия, частые гипогликемические состояния, пациент проявлял негативизм к введению Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, в связи с чем был переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ. СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая лабильное течение заболевания, наличие гипогликемических состояний, необходимость режима многократных инъекций, степень тяжести диабета изменена на тяжелую.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-5-6 ед., п/о- 3-4ед., п/уж -2-4 ед., Протафан НМ 22.00 9-11 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии.
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, торвакард 10 мг, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. С учетом длительности заболевания лабильного течения СД, сосудистых осложнений направить на ЛКК по м\ж с целью направления на МСЭК для определения степени утраты трудоспособности.
11. Б/л серия. АГВ № 235586 с 06.01.17 по 20.01.17. К труду 21.01.17.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В