#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 963

##### Ф.И.О: Кириченко Александр Иванович

Год рождения: 1962

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Тельмана 69

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 05.07.17 по 14.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хронический фиброзно-дегенеративный панкреатит с нарушением эндокринной и внешнесекреторной функции, нестойкая ремиссия (болевой и диспепсический с-м). Хронический атрофический гастродуоденит вне обострения. Спаечная болезнь брюшной полости. ОРВИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 20 кг за 2 года , ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/95 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 10ед., п/о-6 ед., п/у-6 ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 22 ед. Гликемия –3-18 ммоль/л. НвАIс – 7, % от 06.2017. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг нерегулярно. 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 |
| 06.07 | 152 | 4,5 | 4,4 | 8 | 4 | 2 | 64 | 26 | 4 |
| 10.07 | 134 | 4,1 | 3,5 | 15 | 1 | 0 | 63 | 34 | 2 |
| 11.07 | 130 | 33,9 | 4,7 | 30 | 1 | 2 | 47 | 41 | 9 |
| 13.07 |  |  |  | 13 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.07 | 105 | 4,72 | 1,05 | 1,25 | 2,99 | 2,7 | 3,0 | 68,2 | 10,1 | 2,9 | 1,2 | 0,35 | 0,36 |

06.07.17 К – 4,19 ; Nа – 138,4 Са - Са++ -1,1 С1 - 105 ммоль/л

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

07.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 250 белок – отр

07.07.17 Суточная глюкозурия – 1,8%; Суточная протеинурия – 0,062

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.07 | 7,4 | 9,4 | 17,7 | 11,8 |  |
| 09.07 | 10,3 | 17,1 | 11,5 | 7,6 |  |
| 12.07 | 10,3 | 7,1 | 5,2 | 8,1 | 10,6 |
| 13.07 | 8,8 |  |  |  |  |

2012Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение

05.05.17 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,9 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3, вены неравномерного калибра. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

13.07.17ЭКГ: ЧСС -78 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

13.07.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

07.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

05.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Хронический фиброзно-дегенеративный панкреатит с нарушением эндокринной и внешнесекреторной функции, нестойкая ремиссия (болевой и диспепсический с-м). хронический атрофический гастродуоденит вне обострения. Спаечная болезнь брюшной полости. Рек: наблюдение гастроэнтеролога, хирурга по м/ж, диета стол № 9, креон 25 т 1к 2-3р/д во время еды, но-па 1-2т 1-2/д при болях. Омез (золопент) 20 мг 1к 1р/д 2 нед. УТ (УЗИ) ОБП в план порядке. Р-скопия ЖКТ с барием. При частых обострениях консультация проф. Клименко В.Н, для решения вопроса об оперативном лечение.

10.07.17 Фг ОГК№ 105562: без патологии

13.07УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V = 4,3см3

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

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, анальгин, димедрол, папаверин, ремантадин, амброксол, тиоктодар, витаксон, пирацетам, Т-аримакс, эналаприл

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. в условиях стационара перенес ОРВИ, Т° тела, СОЭ нормализовались, жалоб не предъявляет АД 120/70мм рт. ст. Сохраняется вздутие живота, неустойчивый стул, периодически тупые ноющие боли в левой подвздошной области.

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-14-16 ед., п/о- 14-16ед., п/уж -6-8 ед., Хумодар Б100Р 22.00 26-28 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: эналаприл 10 мг утром. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В