#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1008

##### Ф.И.О: Харченко Валерий Александрович

Год рождения: 1973

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Васильевское ул. Победы 8

Место работы: СФГ « Карпенко МИ» слесарь

Находился на лечении с 31.07.18 по  09.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. СН 0.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния в дневное время на фоне физических нагрузок, эпизодически ночью боли в икроножных мышцах, головные боли, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. при обращении по поводу диаб. жалоб (сухость во рту, жажда, полиурия) был госпитализирован в Вольнянскую ЦРБ, где была назначена инсулинотерапия. Получал Генсулин Н 2р/сут, затем с 2014 в связи с частыми гипогликемическими состояниями Генсулин Н, Генсулин Р 4р/сут. С учетом режима трудовой деятельности в 03.2018 вновь был переведен на 2х кратное введение инсулина. Генсулин Р Генсулин Н Течение стабильное комы отрицает. С 04.2018 самостоятельно приобретает Новорапид, тресиба. В наст. время принимает: Новорапид п/з-3 ед., п/о-4 ед., п/у- 3-4ед., Тресиба утром 18 ед.. Последнее стац. лечение в 03.2018.г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез Жизни: ИБС, стенокардия напряжения Ф. кл 1. 2016 - вскрытие абсцесса ягодичной области. Пластика с ППС паховой грыжи с 2х сторон.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 01.08 | 132 | 4,02 | 6,2 | 6 | |  | | 2 | 1 | 59 | 34 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.08 | 85,6 | 4,4 | 1,47 | 1,04 | 2,6 | | 3,2 | 4,1 | 90 | 13,4 | 3,3 | 3,6 | | 0,39 | 0,39 |

09.08.18 Глик гемоглобин – 10,4%

01.08.18 К – 3,74 ; Nа – 144 Са++ -1,15 С1 - 107 ммоль/л

### 01.08.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

##### 02.08.18 Микроальбуминурия –28,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.07 |  |  |  | 8,5 | 5,3 |
| 01.08 2.00-3,9 | 4,4 | 7,8 | 39 | 6,9 | 4,2 |
| 03.08 | 4,4 | 7,5 | 8,4 | 11,4 | 9,1 |
| 04.08 | 5,3 |  |  |  |  |
| 05.08 | 4,2 |  |  |  |  |
| 06.03 | 4,8 | 7,8 | 11,6 | 4,5 | 4,9 |
| 07.08 2.00-8,3 | 4,2 |  |  |  |  |
| 08.08 |  |  | 11,3 |  |  |

06.08.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9 ;

Гл. дно: сосуды извиты вены умеренно полнокровны. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

31.07.18 ЭКГ: ЧСС -50 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. с-м ранней реполяризации желудочков.

06.08.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. СН 0.

29.03.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. слева 1 ст, справа II ст Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

Лечение: Тресиба, Новорапид, вазилип, тивортин.

Состояние больного при выписке: **Пациент самостоятельно приобретает Тресиба, Новорапид, медицинских показаний для перевода на Тресибу, Новорапид нет, от дальнейшего введения Генсулин Р, Генсулин Н отказался, о чем имеется запись в истории болезни, по настоянию пациента подобраны дозы Тресиба, Новорапид**

У больного зарегистрированы скрытые гипогликемические состояния в ночное время. Проведена коррекция доз инсулина, гипогликемические состояния в дневное и ночное время не отмечаются. Гликемия натощак в пределах целевого уровня, рекомендовано введение Новорапида с учетом ХЕ Несколько уменьшились боли в н/к.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-3-4 ед., п/о-4-6 ед., п/уж -3-4 ед., Тресиба 8.00-16 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: ЭХОКС, ВЭМ в планом порядке с послед. конс кардиолога, предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д
9. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
10. Б/л серия. АДЛ № 177666 с 31.07.18 по 09.08.18 к труду 10.08.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.