#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 782

##### Ф.И.О: Калинин Александр Васильевич

Год рождения: 1972

Место жительства: г. Запорожье ул. Тракторная 4

Место работы: н/р

Находился на лечении с 05.06.18. по 14.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия, СН0. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст, смешанного генеза церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в разное время суток, сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за 2 нед., ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, тошнота

Краткий анамнез: СД выявлен в 12.2016г. во время стац. лечения в х/о 2 ГБ по поводу инфицированной раны правой н/к., выявлена гипергликемия. Постоянно вводит инсулин. 04.2017 лечился в 4-ГБ в кетоацидотическом состоянии. Рекомендовано вводить Хумодар Б100Р в режиме 2х кратного введения. 08.2017 госпитализирован в ОИТ в кетоацидотическом состоянии. рекомендовано вводить Хумодар Б100Р 2х кратно.05.2017 по м/ж выдан инсулин Инсулар Стабил, Инсулар Актив продолжал вводить по схеме 2х кратного ведения В наст. время принимает: Инсуман Актив п/з-6 ед., п/у- 8ед., Инсуман Стабил п/з 8 ед. п/у 10 ед. Гликемия –12 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2017г. Комы отрицает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 06.06 | 156 | 4,7 | 8,0 | 14 | |  | | 2 | 1 | 63 | 32 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 06.06 | 91 | 5,3 | 1,35 | 2,37 | 2,3 | | 1,2 | 2,5 | 79 | 16,1 | 3,9 | 0,8 | | 0,53 | 0,45 |

06.06.18 ТТГ – 2,29 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 10,0 (0-30) МЕ/мл

06.06.18 К – 4,23 ; Nа –138 Са++ -1,1 С1 -98,1 ммоль/л

### 06.06.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 26-28 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

08.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

07.06.18 Суточная глюкозурия –3,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 08.06.18 Микроальбуминурия –43,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.06 | 3,5 | 5,8 | 13,9 | 8,4 |  |
| 07.06 2.00-11,3 | 5,3 | 5,6 |  | 4,0 | 12,1 |
| 08.06 2.00-9,9 | 6,7 | 8,7 | 8,6 | 4,7 | 3,8 |
| 12.06 | 7,2 | 5,6 | 4,6 | 2,4 |  |
| 13.06 |  |  |  | 5,9 |  |

2017 Невропатолог Энцефалопатия II ст, сочетанного генеза. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.:

08.08.7 Окулист: Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Сосуды сужены, умеренно извиты, невыраженный ангиосклероз. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

05.06.18ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

08.06.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0 ст.

Рек. кардиолога кардонат 1т 2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

06.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

13.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

06.06.18РВГ: 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 нарушена.

05.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2 см3; лев. д. V = 5,3 см3

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

Лечение: Инсулар Стабил, Инсулар Актив , диалипон, сокосерил, армадин,

Состояние больного при выписке: За период стац лечения корригированы дозы инсулина. С целью исключения гипогликемических состояний переведен на режим 4х кратного введения.. Гипогликемические состояния не отмечались, Уменьшились боли в н/к АД 120/80мм рт. ст.

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 <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. Инсулинотерапия: Инсулар Актив п/з-4 ед., п/о-6 ед., п/уж -4 ед., Инсулар Стабил 22.00 10 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Рек. кардиолога кардонат 1т 2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.