#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 324

##### Ф.И.О: Саенко Дмитрий Дмитриевич

Год рождения: 1965

Место жительства: Приморский р-н, г. Приморск ул. Кирова, 126

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.03.16 по 25.03.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в прекардиальной области,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В 2008 в связи с нестабильной гликемией переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-38 ед., п/о- 24ед., п/у- 25ед., Протафан НМ 22.00 – 48 ед. Гликемия –5,5-15 ммоль/л.. Боли в н/к с начала заболевания. В 2004 троф. язва левой стопы. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.03.16 Общ. ан. крови Нв – 176 г/л эритр – 5,5 лейк – 5,9 СОЭ –8 мм/час

э- 3% п- 0% с- 61% л- 30% м-6 %

14.03.16 Биохимия: СКФ –104 мл./мин., хол – 6,0 тригл -5,06 ХСЛПВП – 1,45ХСЛПНП – 2,22Катер – 3,1мочевина –6,6 креатинин –116 бил общ –9,1 бил пр –2,2 тим –4,2 АСТ –0,34 АЛТ –0,41 ммоль/л;

15.03.16 Анализ крови на RW- отр

18.03.16 К –4,22 ; Nа –1,35 Са – 2,51 ммоль/л

### 15.03.16 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

14.03.16 Суточная глюкозурия – 4,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.03.16 Микроальбуминурия – 117,9мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.03 | 10,5 | 13,5 | 14,0 | 13,0 |
| 15.03 | 14,6 | 13,6 | 10,4 | 9,5 |
| 17.03 | 12,5 | 12,6 | 10,2 | 12,2 |
| 18.03 | 14,4 | 15,9 | 12,9 | 14,3 |
| 19.03 | 13,3 | 13,2 | 16,0 | 15,9 |
| 22.03 2.00-8,5 | 11,3 | 11,2 | 12,5 | 9,9 |
| 23.03 | 9,5 | 10,5 | 10,0 |  |
| 24.03 |  | 8,8 |  | 7,6 |
| 25.03 | 8,3 |  |  |  |

10.03.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м,

10.03.16Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,6

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.03.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. Нарушение верхушечно-боковой области.

17.03.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда. Нарушение верхушечно-боковой области.

15.03.16.Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз. СН 1.. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

10.03.16.ЭХО КС: КДР-5,2 см; КСР- 3,6см; ФВ- 59%; просвет корня аорты -27 см; ПЛП - 4,0см; МЖП – 1,25см; ЗСЛЖ – 1,3см; ППЖ- 2,8см; По ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, регургитация 1 ст на МК и ТК, склеротических изменений створок МК, АК. Взаимоотношение камер сердца не нарушено. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

18.03.16 Уролог: даны рекомендации

16.03.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.03.16РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

10.03.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,6 см3; лев. д. V = 7,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура мелкозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма, актовегин, витаксон, нолипрел форте, аспирин кардио, предуктал MR, бисопролол, фенигидин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-28 ед, п/уж - 20ед., Протафан НМ п/з – 50 ед. п/у 34 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д,нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., бисопролол 2,5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Тиогамма 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.
9. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
10. Рек уролога: УЗИ МВС с остаточной мочой, урофлуометрия, ПСА крови общий + свободный, тестостерон общ + св.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.