#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1357

##### Ф.И.О: Джос Михаил Леонидович

Год рождения: 1957

Место жительства: токмаский р-н, г. Токмак ул. Куйбышева 38- 36

Место работы: ПАО «ТКШЗ» электромонтер, , ремонтик

Находился на лечении с 01.11.16 по 15.11.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 0-1. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация Ожирение I ст. (ИМТ 33,4 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4кг. За 3 мес, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 145 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 24ед., п/о18 ед., п/у-18 ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 54 ед. Гликемия –3,9-14 ммоль/л. НвАIс -10,49 % от 14.06.16. Последнее стац. лечение в 2013г. Из гипотензивных принимает ТТГ – 10,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –359,0 (0-30) МЕ/мл. принимал кратковременно L-тироксин 50 мкг, затем самостоятельно отменил. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.11.16 Общ. ан. крови Нв –175 г/л эритр –5,2 лейк –11,3 СОЭ 9– мм/час

э- 1% п- 0% с- 69% л- 29% м-1 %

14.1.116 лейк – 9,0

02.11.16 Биохимия: СКФ –117 мл./мин., хол –4,0 тригл -1,3 ХСЛПВП -0,95 ХСЛПНП -2,46 Катер -3,2 мочевина –3,6 креатинин – 84,7 бил общ –11,0 бил пр –2,7 тим –2,2 АСТ – 0,36 АЛТ –0,26 ммоль/л;

04.11.16 Глик. гемоглобин -10,6 %

02.11.16 Анализ крови на RW- отр

### 02.11.16 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

04.11.16 Суточная глюкозурия – 1,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 04.11.16 Микроальбуминурия –134,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.11 | 12,0 | 12,3 | 11,9 | 9,8 |  |
| 06.11-9,1 | 10,8 | 13,3 | 5,4 | 5,3 |  |
| 11.11 | 9,9 | 10,8 | 5,3 | 9,4 | 8,5 |
| 13.11 | 6,9 | 13,6 | 7,0 | 8,6 | 5,6 |

03.11.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

01.11.16Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,9 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

01.11.16ЭКГ: ЧСС – 80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка. .

07.11.16 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 0-1.

02.11.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.11.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров, тенденцией к увеличению размеров селезенки, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника. Обращает внимание увеличение размеров левой почки при сохраненной структуре.

01.11.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,8 см3; лев. д. V = 9,3 см3

Перешеек –0,38 см.

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

Лечение: Хумодар Р100Р,Хумодар Б100Р, Инсулар Стабил ,Инсулар актив, диаформин, эналаприл, индапрес, магникор, диалипон, витаксон, актовегин,

Состояние больного при выписке: достигнуть компенсации на инсулинах Хумодар Р100Р,Хумодар Б100Р не удавалось, отмечалась инсулинорезистентность. Пациенту было передоложено участие в исследовании по эффективности и безопасности инсулинов, Инсулар Актив, Инсулар Стабил. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсулар Актив п/з-28-30 ед., п/о-18-20 ед., п/уж 18-20ед., Инсулар Стабил 22.00 46-50 ед. будет снабжен данными инсулинами на протяжении 3х месяцев.
4. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 850- 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Эналаприл 20 мг 2р/д, индапрес 1т утром, амлодипин 10 м г веч. , кардиомагнил (магникор) 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 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.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д.
12. Б/л серия. АГВ № 235497 с 01.11.16 по 15.11.16. К труду 15.11.16.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.