#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 57

##### Ф.И.О: Розиненко Анатолий Николаевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Вольнянский р-н, Соленое, ул. Щорса, 44

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 18.01.16 по 28.01.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), умеренные вестибуло-атактический, цереброастенический. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном отделе позвоночника, с-м люмбалгии, хроническое рецидивирующее течение, ст ремиссии. , стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 18-20ед., п/о-12-14 ед., п/у- 10-12ед., Протафан НМ 22.00 40-42 ед. . Отмечает нестабильность гликемии при коррекции 1 ед инсулина, ацетонурия. Гликемия –1,0-18,0 ммоль/л. НвАIс - 9,1% от 08.01.16 . Последнее стац. лечение в 12.2015г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает диротон, карведилол, престариум 10 мг утром.. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для перевода на другой вид инсулина, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.01.16 Общ. ан. крови Нв – 175 г/л эритр –5,3 лейк –6,6 СОЭ –7 мм/час

э-3 % п- 1% с-59 % л-31 % м- 6%

19.01.16 Биохимия: СКФ –101 мл./мин., хол –3,87 тригл -1,36 ХСЛПВП -1,44 ХСЛПНП -1,7 Катер -53 мочевина –5,3 креатинин –99,6 бил общ – 12,8 бил пр – 3,2 тим – 1,0 АСТ – 0,16 АЛТ – 0,32 ммоль/л;

### 16.01.16 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,036 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

20.01.16 Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.01.16 Микроальбуминурия –46,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.01 2.00-8,4 | 8,4 | 4,5 | 4,6 | 5,2 |
| 21.01 | 10,1 | 14,9 | 13,1 | 12,6 |
| 23.01 | 9,4 | 10,1 | 7,4 | 5,9 |
| 25.01 | 11,3 | 14,6 | 8,6 | 11,6 |
| 26.01 | 13,3 | 23,7 | 4,6 | 6,2 |
| 27.01 | 6,2 | 11,8 |  |  |
| 28.01 |  |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), умеренные вестибуло-атактический, цереброастенический. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном отделе позвоночника, с-м люмбалгии хроническое рецидивирующее течение.

Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,2

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

18.01.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

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

19.01.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.12.15РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

19.01.16 Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз с. Выше.

19.01.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,8 см3; лев. д. V =8,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диратон, небилет, кардиомагнил, розукард, Актрапид НМ, Протафан НМ, Лантус, Эпайдра.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Лантус, Эпайдра..

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 16-18ед., п/о- 12-14ед., п/уж – 6-8ед., Лантус 8.00 44-46 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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: диротон 10 мг 1р\д, небивалол 5 мг утром, аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал MR 1т 3р\д, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: КТ сердца и сосудов, ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д конс. лазерного хирурга.
10. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.