#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 442

##### Ф.И.О: Работа Вадим Анатольевич

Год рождения: 1967

Место жительства: г. Энергодар ул. Советская 19-126

Место работы: инв Ш гр н/р, уд. УБД сер ЮА № 032486

Находился на лечении с 23.03.17 по 05.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, ст. декомпенсации. диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хр. течение. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. с-м диабетической стопы. Ампутация II п.правой стопы (2013). ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение Ш ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, постоянна форма фибрилляции предсердий, СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Риск инсульта СНа2Д2VAS -2 риск кровотечение HASBLED-1. Хр. пиелонефрит в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, чередуются с гипергликемией. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-45 ед., п/у-25 ед. Гликемия –16,1 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20мг. АИТ с 2013 АТ ТПО –56 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.03.17 Общ. ан. крови Нв –163 г/л эритр – 4,8 лейк – 5,3 СОЭ – 30мм/час

э- 0% п- 1% с- 72% л- 26 % м-1 %

0403.17 Общ. ан. крови Нв – 154 г/л эритр – 4,5лейк –7,8 СОЭ –32 мм/час

э- 1% п- 0% с- 66% л- 31 % м- 2%

24.03.17 Анализ крови на RW- отр

24.03.17 Биохимия: СКФ –76 мл./мин., хол –5,2 тригл -2,8 ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП -2,82 Катер -3,7 мочевина –8,7 креатинин – 165 бил общ –18,3 бил пр – 4,4 тим –11,7 АСТ – 0,7 АЛТ –1,64 ммоль/л;

28.03.17 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

### 24.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – в п/зр белок – 0,207 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

28.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -71000 эритр - 1500белок – 0,065

30.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -150000 эритр - 13500 белок – 0,08

27.03.17 Суточная глюкозурия – отр Суточная протеинурия – 0,127

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.03 | 11,0 | 15,7 | 7,3 | 6,9 |
| 25.03 | 9,0 | 13,5 | 6,4 | 11,5 |
| 28.03 | 5,3 | 7,7 | 7,7 | 8,6 |
| 30.03 | 6,3 | 8,1 | 7,6 | 4,8 |
| 03.04 | 4,8 | 5,8 | 4,9 | 3,1 |

23.03.17Невропатолог: диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хр. течение. ДДПП на поясничном уровне, с-м люмбалгии, протрузия L5-S1, хр. рецидивирующее течение .

27.03.17Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, извиты, не выраженный ангиосклероз. Салюс I. Единичные микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

23.03.17 ЭКГ: ЧСС 92- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Умеренные изменения миокарда ЛЖ.

30.03.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз Постоянна форма фибрилляции предсердий СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Риск инсульта Сна2Д2VAS -2 риск кровотечение HASBLED-1

27.03.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.04.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.04.17 Нефролог: ХБП III ст.: диабетическая нефропатия в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения, артериальная гипертензия.

30.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст с увеличением её размеров, перегиба желчного пузыря в/3 и в области шейки, застой в желчном пузыре, функционального раздражения.

23.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,8 см3; лев. д. V = 4,0см3

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

Лечение: Хумодар Б100Р, предуктал MR, цефикс, флуконазол, офлоксацин, диаформин, эналаприл, хемопамид, олфен, нейробион,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/90 мм рт. ст. больной переведен на Хумодар Б100Р в комбинации с препаратами метформина.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-50-52 ед., п/уж -38-40 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: продакса 110 мг 2р\д , бисопролол 5-10 мг 1р\д, предуктал MR 1т 2р/д.

Контроль АД, ЭКГ.

1. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
2. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Цефикс 400 м флуконазол 50 мг 7-10 дней с последующим приемом канефрона 2т 3р/д 1 мес.
3. УЗИ предстательной железы с определением остаточной мочи. Конс. уролога с результатами УЗИ.
4. УЗИ щит. железы 1р\год, Контроль ТТГ 1р в 6 мес.
5. Рек ангиохирурга: УЗДС артерий н/к, этсет 20 1 т1р\д длительно, пентосан 1т 2р/д 3 мес, ДДТ ПОП № 10, массаж н/к и ПОП №10

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В