#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1362

##### Ф.И.О: Махиня Сергей Николаевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Семеновка ул. Молочная 14

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 03.10.17 по 18.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Инсулинорезистенстность. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. II ст ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст, спленомегалия. С-м раздраженного кишечника по смешанному типу.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/110 мм рт.ст., головные боли, периодически одышку при ходьбе, отеки голеней, стоп, боли в поясничной области, больше справа

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г в кетоацидотическом состоянии. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия.: Протафан НМ. С 2003 Микстард НМ. В 2014 со слов был назначен Актрапид НМ. В наст. время принимает: Микстард НМ п/з- 54ед., п/у- 56ед., Актрапид НМ п/о 22-24 ед. Гликемия –13,0-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2008г. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает моноприл 20 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 04.10 | 184 | 5,5 | 4,2 | 6 | 3 | 1 | 57 | 36 | 3 |
| 17.10 | 166 | 5,0 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.10 | 124 | 5,0 | 2,09 | 1,31 | 2,8 | 2,9 | 4,5 | 70,4 | 24,5 | 4,7 | 5,2 | 0,25 | 0,1 |
| 17.10 |  |  |  |  |  |  |  |  | 16,7 | 4,1 | 11,3 | 0,27 | 0,75 |

04.10.17 Анализ крови на RW- отр

04.10.17 К – 4,78 ; Nа –136,5 Са++ -1,2 С1 - 101 ммоль/л

### 04.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

06.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

05.10.17 Суточная глюкозурия – 3,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 05.10.17 Микроальбуминурия –285,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.10 | 12,6 | 11,8 | 13,5 | 13,2 | 17,4 |
| 06.10 | 14,7 | 17,7 | 14,5 | 14,5 | 9,4 |
| 08.10 | 12,7 | 16,2 | 16,5 | 11,2 | 11,0 |
| 10.10 | 12,8 | 18,2 | 16,4 | 13,1 | 13,2 |
| 12.10 | 9,8 | 13,6 | 13,4 | 12,3 |  |
| 14.10 | 10,5 | 11,1 | 12,1 | 11,5 | 7,1 |
| 16.10 | 8,6 | 10,7 | 10,9 | 11,7 |  |

05.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Рек актовегин 10,0 в/в № 10,келтикан 1т 3р/д 1мес, армадин 4,0 в/в.

05.10.17 Окулист: VIS OD=0,9 OS= 0,9 ; Факосклероз.

Гл. дно: сосуды неравномерного калибра, извиты, склерозированы, вены уплотнены, с-м Салюс 1- II ст. В макуле рефлекс сглажен, единичные микроаневризмы. ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 В макулярной области рефлекс сглажен, единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.10.17 ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.10.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 1р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

04.10.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

10.10.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

10.10.17 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст, спленомегалия. СРК по смешанному типу. Рек: стол № 9, гепадиф 2т 2р/д после еды 1-2мес, смарт омега 1т 1р/д во время еды 1мес, Контроль УЗИ через 6 мес. Наблюдение семейного врача

04.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к повышен Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

05.10.17 УЗИ почек: Эхопризнаки наличия кисты в/3 правой почки

06.10.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; с увеличением размеров и тенденцией к увеличению размеров селезенки, функционального раздражения кишечника.

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

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

Лечение: Актрапид НМ, Микстард, нолипрел, эналаприл, индапрес, амлодипин, тивортин, мильгамма, тиогамма турбо

Состояние больного при выписке: сохраняется инсулинорезистентность несмотря на изменения режима инсулина , отмечается тенденция к снижению гликемии, но целевые уровни гликемии не достигнуты. Нуждается в дальнейшем увеличении дозы инсулина но по семейным обстоятельствам настоял на выписке, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-140/90 мм 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. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-55-60 ед., п/о- 55-60ед., Микстард НМ п/уж -80-85 ед. При сохраняющейся гипергликемии или появлении гипогликемических состояний повторная госпитализация. Коррекцию гликемии до целевых уровней продолжить под наблюдением эндокринолога по м/ж. С целью снижения инсулинорезистенстности к терапии добавить метформин 500-1000 мг 2р/сут
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: нолипрел би-форте 10/10 мг 1т утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. УЗИ контроль почек через 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В