#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 275

##### Ф.И.О: Радченко Сергей Викторович

Год рождения: 1963

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудное ул. Набережная 12-61

Место работы: ЧАО «ЗЖРК» диспетчер шахты, инв Ш гр

Находился на лечении с 21.02.17 по 07.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы, нейропатическая форма. Послеоперационная рана правой стопы, ампутация Ш-V п (2016) в ст регенерации. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р. В 2012 переведен на Инсуман Рапид, Инсуман Базал. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 24ед., п/о- 14ед., п/у-16 ед., Инсуман Базал 22.00 34. Гликемия –8,2 ммоль/л. НвАIс -5,2 % от 2016 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10мг/сут. В 07.2016 ампутация IV-Vп. пр. стопы по поводу флегмоны. ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 144(0-30) МЕ/мл от 2016. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.02.17 Общ. ан. крови Нв –132 г/л эритр – 4,0 лейк –4,3 СОЭ –20 мм/час

э- 3% п- 0% с- 64% л- 28% м- 5%

28.02.17 СОЭ - 21

22.02.17 Биохимия: хол –5,3 тригл -1,38 ХСЛПВП -1,62 ХСЛПНП -3,0 Катер -2,3 мочевина –4,4 креатинин – 90,2 бил общ –9,5 бил пр –2,4 тим – 0,90 АСТ – 0,41 АЛТ –0,1 ммоль/л;

28.02.17 креатинин 102,3 СКФ - 123

### 22.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк – 2-4 в п/зр белок – 0,227 ацетон –отр; эпит. пл. - ед эпит. перех. -ед в п/зр

24.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750 эритр - белок – 0,141

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.02 |  |  | 4,2 | 6,7 |  |
| 24.02 | 11,1 | 12,0 | 6,0 | 7,1 |  |
| 26.02 | 7,2 | 4,9 | 11,5 | 11,8 | 9,8 |
| 28.02 | 9,1 | 8,5 | 7,7 | 6,0 |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение

02.03.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 ,вены полнокровны, сосуды умерено сужены, не выраженный ангиосклероз, с-м Салюс 1- II. Единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

02.03.17ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

06.03.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

02.03.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.02.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

27.02.17Хирург: С-м диабетической стопы, нейропатическая форма. Послеоперационная рана правой стопы (2016). Ампутация Ш-V п ( 2016) в ст регенерации.

21.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,5 см3; лев. д. V = 5,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура , крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: карведилол, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, актовегин, тивомакс, нуклео ЦМФ,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. П/операционная рана пр. стопы в стадии регенерации

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-24 ед., п/о- 14ед., п/уж -16 ед., Инсуман Базал 22.00 38 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг \*1р/д., трифас 5 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Берлитион (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, нуклео ЦМФ 1т 2р/д 20 дней
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Рек хирурга: обработка перекисью водорода, бетадином, гентаксаном, при показаниях р-н терапия.
11. Б/л серия. АГВ № 235672 с 21.02.17 по 07.03.17. к труду 08.03.17

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В