#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 352

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

Год рождения: 1961

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

Место работы: н/р.

Находился на лечении с 09.03.17 по 20.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 7) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. незрелая катаракта Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ДЭП 1 сочетанного генеза с-м умеренной вестибулопатии. ДДПП на поясничном уровне. хр. рецидивирующее течение, ст. обострения. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Хр.панкреатит вст. нестойкой ремиссии. Фиброзная форма с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу, СРК со склонностью к запорам. Хронический гастрит в стадии обострения. H-pylory – отр.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2016 в связи со стойкой декомпенсацией. склонность к гипогликемическим состояниям переведен на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 18ед., п/о-20 ед., п/у- 16ед., Лантус 8.00 46 ед. Гликемия –2,0-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к в течение 10 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.03.17 Общ. ан. крови Нв – 170 г/л эритр –5,1 лейк –7,6 СОЭ – мм/час

э- 0% п-2 % с- 68% л28- % м- 2%

10.03.17 Биохимия: СКФ –111 мл./мин., хол –3,7 тригл -0,97 ХСЛПВП -1,31 ХСЛПНП -1,9Катер -1,8 мочевина –5,0 креатинин –85,8 бил общ –13,8 бил пр – 3,4 тим –0,40 АСТ –0,14 АЛТ – 0,14 ммоль/л;

10.03.17 Глик. гемоглобин -8,4 %

### 10.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,034 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

13.03.17 Суточная глюкозурия – 1,2 %; Суточная протеинурия – 0,084

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.03 | 5,0 | 4, | 8,1 | 4,0 |
| 12.03 | 6,6 | 7,1 | 4,4 | 4,0 |
| 14.03 | 8,1 |  |  |  |
| 16.03 | 10,5 | 12,9 | 11,4 | 9,1 |
| 18.03 | 8,2 | 3,5 | 4,7 | 3,7 |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 7) хроническое течение. ДЭП 1 сочетанного генеза с-м умеренной вестибулопатии. ДДПП на поясничном уровне. хр. рецидивирующее течение, ст. обострения.

17.03.17Окулист: VIS OD= 0,3сф + 1,0 д=0,6 OS= 0,1 н/

Негомогенное помутнения в хрусталиках ОД> OS . Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды неравноменрного калибра. Салюс 1 –II. Вены неравномерно расширены. Е В макулярной области без особенностей Д-з: незрелая катаракта Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

09.03.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

10.03.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

10.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.03.17Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Хр.панкреатит вст. нестойкой ремиссии. Фиброзная форма с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Дискинезия желчевывоядих путей по гипомоторному типу, СРК со склонностью к запорам. Хронический гастрит в стадии обострения. H-pylory – отр.

13.03.17 ФГДЭС: атрофическая гастропатия. Дуоденогастральный рефлюкс

13.03.17 РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

13.03.17 Допплерография: ЛПИ справа – 0,9, ЛПИ слева – 1,0. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst справ – 1 ст, слева – норма

14.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 2 ст.

09.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5 см3; лев. д. V =7,8 см3

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, предуктал MR, тиогамма, мильгамма, актовегин, сермион, стеатель, сиофор, небивалол, небилет

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-12-14 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -10-12 ед., Лантус 8.00 44-46 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 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: нолипрел форте 1т\*утром или диротон 10 мг, небивалол 2,5, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аспирин кардио 100мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: кортекин 10 мг в/м № 10 ,сермион 30 мг утром 1 мес. нускамед 1,0 в/м № 10, олфен депо капс 100 мг 1р\д № 10
10. Рек гастроэнтеролога: стол № 5 режим питания смарт омега 1к 1 мес, гастронорм 2т 3р/з за 30 мин до еды2 нед, дефинорм 1к 3-4 р\д 1мес.
11. Рек. окулиста: оперативное лечение ФЕК + ИОЛ на OS в плановом порядке.
12. 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. Карпенко И.В