#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 561

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

Год рождения: 1963

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

Место работы: ЧАО « Запорожский Железорудный комбинат», диспетчер шахты

Находился на лечении с 18.04.18 по 30.04.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III-ст. СДС 0 ст ,смешанная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. СПО ( 2015 – ампутация IV-V ст. правой стопы). травматическая ампутация V п. левой стопы 2007. Ожирение II ст. (ИМТ 35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце наджелудочковая экстрасистолия СН 0-1. 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 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. . Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Хумодар К 25 100Р ). С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Инсуман Рапид, Инсуман Базал. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 24., п/о- 14ед., п/у16 ед., Инсуман Базал 22.00 36-38 ед. Гликемия –3,5-12 ммоль/л. АИТ с 2016 ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 144 (0-30) МЕ/мл. Повышение АД в течение 10 лет принимает триплесан 10/2,5/5 мг 1р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.04 | 166 | 5,06 | 6,1 | 15 | | 250 | | 1 | 0 | 67 | 28 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.04 | 71 | 6,78 | 1,7 | 1,69 | 4,31 | | 3,0 | 5,0 | 123 | 14,7 | 3,5 | 1,2 | | 0,53 | 0,58 |
| 23.04 |  |  |  |  |  | |  | 3,12 | 114 |  |  |  | |  |  |

19.04.18 Глик. гемоглобин -11,5 %

19.04.18 К –4,65 ; Nа –137 Са++ -1,17 С1 - 103 ммоль/л

### 23.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1019 лейк – 1-2 в п/зр белок – 115,0 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

20.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

20.04.18 Суточная глюкозурия – 1,24 %; Суточная протеинурия – 0,18

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.04 | 10,8 | 14,0 | 4,7 | 5,7 |  |
| 20.04 2.00-6,5 | 11,1 | 12,1 |  | 9,9 | 5,4 |
| 22.04 | 8,4 | 11,3 | 7,3 | 11,7 |  |
| 24.04 2.00-4,7 | 9,3 | 10,0 | 8,4 | 4,7 |  |
| 27.04 | 7,1 |  |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3),

24.04.18Окулист: Гл. дно: артерии сужены ,вены неравномерного калибра, извиты, полнокровны, с-м Салюс 1 ст.. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.04.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

20.04.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце наджелудочковая экстрасистолия СН 0-1. Риск 4.

19.04.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

24.04.18 Хирург: СДС 0 ст ,смешанная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. СПО ( 2015 – ампутация IV-V ст. правой стопы). травматическая ампутация V п. левой стопы 2007

19.04.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

02.2017УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,5см3; лев. д. V = 5,9 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, триплесан, актовегин, витаксон, нуклео ЦМФ, магникор, тиогамма

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, проведена коррекция дозы инсулина, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-26 ед., п/о-14 ед., п/уж -16 ед., Инсуман Базал 22.00 32ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: триплексан 10/2,5/5 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д Контроль АД, ЧСС
9. Тиогамма 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.
10. Рек. невропатолога:, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
11. Контроль УЗИ щит железы 1р/год. Контроль ТТГ 1р в 6 мес
12. Б/л серия. АДГ № 6719 с 18.04.18 по 30.04.18. к труду 01.05.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.