#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 976

##### Ф.И.О: Индик Валентин Михайлович

Год рождения: 1951

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Семеновка ул. Пролетарская 7

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 23.07.18 по  25.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Артифакия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение ИБС, диффузный кардиосклероз, фибрилляция предсердий. СН II А. Ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. . ДЭП II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, посттравматическая), церебрастенический с-м

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, полиурию в ночное время до 3-4 р., увеличение веса на 4-5 кг год. Онемение стоп ,слабость в мышцах пр. конечностей, зябкость в них, АД 160/100 мм рт.ст., шаткость при ходьбе, ощущение перебоев в сердечной деятельности, отеки голеней, стоп к вечеру, одышку при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г., с того же времени инсулинотерапия. Пользовался различными видами инсулина. С 2010 переведен на Лантус в сочетании с Актрапид НМ. В 2017 Актрапид НМ был заменен на Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-15-16 ед., п/о-14-15 ед., п/у- 10-13ед., Лантус 22.00 8-10. Гликемия –13-14 ммоль/л. Повышение АД в течение 27 лет. Со слов пациента в 2003 перенес инсульт. ИБС, фибрилляции предсердий более 11 лет. подагра с 2010, периодически принимает аллопурирнол. 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 | | |
| 24 | 153 | 4,96 | 8,8 | 15 | |  | | 1 | 0 | 1 | 25 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.07 | 77,7 | 6,08 | 1,52 | 1,13 | 4,25 | | 4,3 | 10,3 | 131 | 23,5 | 4,5 | 4,1 | | 0,88 | 0,4 |

24.07.18 Глик. гемоглобин -7,5 %

24.07.18 К – 3,98 ; Nа –132 Са++ -1,16 С1 - 100 ммоль/л

### 24.07.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2; эпит. перех. - в п/зр

25.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.07 |  |  |  | 7,7 | 7,1 |
| 24.07 | 7,2 | 10,6 | 4,4 | 7,0 |  |

24.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДЭП II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, посттравматическая), церебрастенический с-м

24.07.18 Окулист: ОИ артифакия Гл. дно: артерии сужены ,вены расширены, полнокровны, сосуды изменены, склерозированы, с-м Салюс II ст. ПО заднему полюсу перегрупировка пигмента, микроаневризмы. Д-з: Артифакия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

23.07.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий , тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. рубец по задней стенке. Единичная желудочковая экстрасистола.

25.07.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, фибрилляция предсердий. СН II А . Ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: продакса 110 мг 2р/сут, предуктал MR 1т 2р/д, карведилол 12,5,5 мг 2р/д, эплепрес 25 мг 1р/д. Нолипрел форте 1т утром. Контроль АД, ЧСС ЭКГ. Дообследование ЭХОКС.

24.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к повышено справа ,слева снижено 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

23.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,2 см3; лев. д. V = 5,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Лантус, Эпайдра, вазар, кориол, ксарелто, весед-дуэ ф, тиоктацид, нейрорубин.

Состояние больного при выписке: гликемия в пределах нормальных значений, АД 130/80мм рт. ст сохраняются боли в н/к, онемение пальцев стоп, слабость в мышцах правых конечностей, боли в мелких суставах стоп. пациент настаивает на выписке по семейным обстоятельствам. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» . Не дообследован в ввиду краткости пребывания в стационаре.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-16-18 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -14-16 ед., Лантус п/у 12-14ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: вазар 160 мг ½ т утром, кореол 6,25 мг 2р/д, ксарелто 15 мг веч,
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес. веселдуэф 1т 2р/д 2-6 мес.
10. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, неогабин 75 мг 1т р2р/д 1 мес, , нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, Дообследование МРТ головного мозга, УЗДС МАГ в планом порядке. Повторный осмотр невропатолога

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.