#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 810

##### Ф.И.О: Колодко Александр Анатольевич

Год рождения: 1972

Место жительства: г. Энергодар ул строителей 19-109

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 11.06.18 . по  20 .06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II, диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф .кл. СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1- II сочетанного генеза. Последствия геморрагического инсульта слева (2016) .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 130/80 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее вводил Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. в связи с декомпенсацией СД переведен на Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-25 ед., п/у- 20ед., Фармасулин НNP п/з 25 ед, п/у 20 ед . Гликемия –8-10 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 20 лет. В 2006 перенес геморрагический инсульт. 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 | | |
| 12.06 | 159 | 4,8 | 11,5 | 21 | |  | | 3 | 2 | 49 | 35 | | 10 | | |
| 19.06 | 161 | 4,8 | 8,4 | 12 | |  | | 2 | 1 | 53 | 39 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 76 | 8,2 | 0,45 | 1,45 | 6,54 | | 4,7 | 2,7 | 102 | 14,4 | 2,9 | 6,7 | | 0,92 | 0,83 |
| 19.06 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 13,8 | 3,0 | 2,8 | | 0,78 | 0,48 |

12.06.18 К –4,82 ; Nа –142,4 Са++ - 1,22С1 -94 ммоль/л

### 12.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,090 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

14.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,030

13.06.18 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – 0,232

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.06 | 8,6 | 8,0 | 7,0 | 7,6 |  |
| 15.06 | 7,1 | 9,7 | 12,6 | 11,1 |  |
| 18.06 |  |  |  |  | 6,5 |
| 19.06 | 7,1 | 8,6 | 10,7 | 11,5 |  |

19.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиосклероз с-м Салюс 1- II вены резко расширены, сосуды извиты, вены неравномерного калибра. По ходу сосудов микроаневризмы, микрогеморргаии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

14.06.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д, бисопролол 2,5-5 мг, нолипрел 1т утром, контроль АД, ЧСС. Дообследваоние ЭХОКС ,суточный мониторинг ЭКГ, КАГ.

14.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

14.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

11.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, тиогамма, вазилип, эналаприл, карведилол, индопамид, асафен, триплексам 10/2,5/5, амлодипин

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, целевые значения не достигнуты из-за длительной декомпенсации, уменьшились боли в н/к. Сохраняется тенденция к повышению АД до 160/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога 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: Фармасулин Н п/з-22-25 ед., п/уж -18-20 ед., Фармасулин НNP п/з- 25-27 ед., п/уж -20-22 ед.,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: триплексам 10/2,5/10 1т утром, карведилол 25 мг ( коронал 5-10 мг).
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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.