#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 676

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

Год рождения: 1961

Место жительства: Вольяннский р-н, с. Солёное, ул. Шевченко 44

Место работы: ООО ВОГ Ритейл, помощник оператора

Находился на лечении с 15.05.18. по 25.05.18 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 6). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. незрелая катаракта ОИ. ДЭП 1 смешанного генеза вестибулоатактический с-м, церебрастенический с-м ДДПП ПОП вертеброгенная люмбалгия в стадии ремиссии. ИБС, стенокардия напряжения СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Актрапид НМ Протафан НМ. В 2016 в связи со стойкой декомпенсацией переведен на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 14ед., п/о- 8ед., п/у-12ед., Лантус утром – 46 ед. Гликемия –9-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. С 27.04.18 по 05.05.18 получал лечение по м/ж по поводу негоспитальной пневмонии. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает небилет 10 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 | | |
| 16.05 | 172 | 5,3 | 8,7 | 11 | |  | | 1 | 4 | 46 | 45 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 16.05 | 101,7 | 4,4 | 1,2 | 1,06 | 2,8 | | 3,2 | 5,1 | 73 | 15,2 | 3,8 | 1,26 | | 0,43 | 0,33 |

16.05.18 Глик. гемоглобин – 10,4%

16.05.18 К – 3,66 ; Nа –142 Са++ 1,11 С1 -99,5 ммоль/л

### 16.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2-3 в п/зр белок – 0,050 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

17.05.18 Суточная глюкозурия –2,5 %; Суточная протеинурия – 0,101

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.05 | 3,4 | 8,3 | 10,1 | 14,9 |
| 18.05 | 10,7 | 13,9 | 85,4 | 5,0 |
| 20.05 | 6,5 | 9,4 | 10,5 | 8,8 |
| 23.05 | 9,4 | 6,7 | 9,1 | 5,0 |
|  |  |  |  |  |

21.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДЭП 1 смешанного генеза вестибулоатактический с-м, церебрастенический с-м ДДПП ПОП вертеброгенная люмбалгия в стадии ремиссии.

18.05.18Окулист: VIS OD= 0,2сф + 1,5=0,4-0,3 OS= 0,1сф +2,5=0,3 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: А:V 1:2 вены неравномерного калибра, сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II ст. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. незрелая катаракта ОИ.

15.05.18 ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

23.05.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

21.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

22.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

16.05.18РВГ: 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 умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

15.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,7 см3; лев. д. V =6,9 см3

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

Лечение: глюкофаж, магникор, Эпайдра, Лантус, тиоктацид, мильгамма, нуклео ЦМФ, актовегин стеатель, пирацетам

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. Глик гемоглобин 10,4% связан с перенесенной не госпитальной пневмонией АД 130/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 14-16ед., п/о-8-10 ед., п/уж -12-14 ед., Лантус 8.00 46-48 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 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: небивал 2,5-5 мг, хипотел 40-80 мг, аспирин кардио 100 мг.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
10. 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.
11. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 15.05.18. по 25.05.18 к труду 26 .05.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.