#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1219

##### Ф.И.О: Баркар Игорь Александрович

Год рождения: 1982

Место жительства: Розовский р-н, с. Розовка ул. Нетбайло 18

Место работы: н/р

Находился на лечении с 19.09.18 по  02.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к/ Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст, общую слабость, периодически тяжесть в правом подреберье.

Краткий анамнез: СД выявлен в2014 г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин 30/70 п/з- ед., п/у- ед., Гликемия – ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в 2016 г. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг 1 т утром. 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 | | |
| 20.09 | 151 | 4,5 | 9,6 | 4 | |  | | 2 | 3 | 72 | 19 | | 4 | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 122 | 5,2 | 1,0 | 1,39 | 3,35 | | 2,7 | 3,1 | 77 | 12,3 | 2,9 | 1,0 | | 0,7 | 0,31 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |

20.09.18 Аимлаза – 18,5 диастаза – 95,9

20.09.18 Глик. гемоглобин – 6,9%

20.09.18 К – 3,75 ; Nа – 138 Са++ - 1,18С1 -102 ммоль/л

### 20.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

21.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

21.09.18 Суточная глюкозурия –0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.09.18 Микроальбуминурия –71,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.09 | 7,6 | 13,9 | 14,3 | 12,8 |
| 21.09 | 8,0 | 10,4 | 9,7 | 11,3 |
| 24.09 | 9,9 | 7,2 | 14,8 | 11,7 |
| 26.09 | 8,9 | 8,6 | 12,0 | 6,9 |
| 27.09 | 11,8 | 10,1 | 6,7 | 12,7 |
| 28.09 | 11,8 |  | 9,2 |  |
| 29.09 | 8,0 | 10,9 | 12,0 | 12,5 |
| 30.09 | 10,3 | 9,2 | 9,9 | 5,9 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

27.09.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9 ;.

Гл. дно: А:V 1:2 вены расшиерны ,уплотены ,умеренно полнкорвны, слегка извиты, в макуле без особенсноетй. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

19.09.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

20.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

27.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

20.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Справа, слева – снижено 1 ст Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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.

21.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением размеров; крючок в области шейки, застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы.

19.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V = 6,2см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, Фармасулин 30/70, кокарнит. Эспа-липон, бисопролол, амлодипин.

Состояние больного при выписке: В связи с отсутствием возможности компенсировать пациента на фоне введения Фармасулина 30/70 переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNP 2 раза в сутки. Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированных значений, несколько уменьшились боли в н/к. АД 130-140/90 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- ед., п/уж - ед.,

Фармасулин Н п/з- ед., п/уж - ед.,

Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.

1. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
2. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
3. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут-1 мес., ., нуклео ЦМФ 1 т 2р/д-1 мес
4. Контроль печеночных проб в динамике, маркеры вирусных гепатитов «В» и «С», при необходимости консультация гастроэнтеролога.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.