#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1280

##### Ф.И.О: Бондаренко Сергей Николаевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Петро-Михайловка ,ул. Молодежная 20

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 03.10.18 по  12.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ ИБС, стенокардия напряжения. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения на ОИ, боли и онемение в н/к, похолодание в с топах, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., периодически давящие боли в области сердца.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. в кетоацидотическом состоянии .С начала заболевания инсулинотерапия. Получал различные виды инсулина. В 2007 в связи с лабильным течением переведен на Левемир, Новорапид. Течение лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. В 2017 (со лов) гипогликемическая кома). В наст. время принимает: Норвапид п/з-18 ед., п/о-10 ед., п/у- 8ед., Левемир 30 ед. Гликемия –3,6-13,4 ммоль/л. НвАIс – 6,8 % от 03.09.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез Жизни: Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 1т утром, кардиомагнил 75 мг.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 04.10 | 140 | 4,2 | 7,4 | 11 | |  | | 2 | 1 | 70 | 22 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.10 | 90,5 | 4,8 | 1,55 | 1,6 | 2,5 | | 2,0 | 3,1 | 75 | 23,1 | 5,7 | 4,0 | | 0,28 | 0,23 |
| 11.10 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 9,6 | 2,7 | 2,9 | | 0,19 | 0,13 |

04.10.18 К – 4,71 ; Nа – 135 Са++ -1,18 С1- 104 ммоль/л

### 04.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

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

08.10.18 Суточная глюкозурия – 1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 04.10.18 Микроальбуминурия –32,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.10 | 5,5 | 4,9 | 8,6 | 5,4 |
| 07.10 | 7,4 | 5,4 | 10,3 | 9,2 |
| 10.10 | 6,7 | 5,7 | 3,4 | 5,4 |
| 11.10 |  |  | 8,2 |  |

09.10.18 Окулист: VIS OD= 0,8 OS=0,4 ;.

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды широкие (больше справа) извиты, склерозированы, вены уплотнены, полнокровны, с-м Салюс 1 ст. ед. микрогеморргаии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ.

03.10.18 ЭКГ: ЧСС - 109уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

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

Рек. кардиолога: небивалол 5-10 мг, аспирин кардио 100 мг 1р/д предуктал MR 1т 2р/д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, ВЭМ.

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

08.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

11.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 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 нарушена. Затруднение венозного оттока слева.

03.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,7 см3; лев. д. V = см3

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

Лечение: Левемир, Новорапид, эналаприл, берлитион, асафен, бисопролол, нейротропин, витаксон, карведилол

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах целевого уровня, сухость во рту не беспокоит, несколько уменьшились боли и онемение в н/к. АД 110-120/80мм 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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-18-10 ед., п/о-10-12 ед., п/уж -8-10 ед., Левемир 22.00 30-32 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, карведилол 3,125 – 6,25 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД. ЧСС
8. ЭХОКС ,ВЭМ в плановом порядке, конс. кардиолога по м/ж
9. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.