#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 134

##### Ф.И.О: Нестеренко Сергей Александрович

Год рождения: 1970

Место жительства: Великобелозерский р-н, ,С В Белозерка, ул. Кокка 74

Место работы: ООО «Преображенское» охранник , инв Ш гр

Находился на лечении с 25.01.18 по 07.02.18 в диаб. 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 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. II ст Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, гипогликемические состояния после физической нагрузки или нарушения режима питания.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. после перенесенного психоэмоционального стресса. Дебют СД - кетоацидотическое состояние, был госпитализирован в ОИТ ЗОЭД. Постоянно вводит инсулин. Ранее водил Хумодар К 25 100Р, с 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на Инсуман Базал, Инсуман Рапид, по схеме интенсивной инсулинотерапии. Периодически гипогликемические состояния после физической нагрузки. Комы отрицает. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-36 ед., п/о- 28ед., п/у- 24ед., Инсуман Базал 22.00 44 ед Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает ингибиторы АПФ 5-10 мг Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 26.01 | 158 | 4,8 | 6,9 | 8 | 1 | 1 | 52 | 42 | 8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.01 | 104,5 | 4,62 | 1,38 | 1,21 | 2,78 | 2,8 | 5,1 | 92 | 13,2 | 3,2 | 1,03 | 0,2 | 0,56 |

26.01.18 Глик. гемоглобин -8,6 %

26.01.18 К – 4,37 ; Nа – 142 Са++ - 1,21С1 -102 ммоль/л

### 26.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 8-12 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. –ед в п/зр

30.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1500 эритр – 250 белок – отр

30.01.18 Суточная глюкозурия – 1,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.01.18 Микроальбуминурия –65,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.01 | 8,8 | 12,2 | 7,9 | 5,9 |
| 27.01 | 9,8 | 8,7 | 4,9 | 7,2 |
| 31.01 | 12,9 | 13,6 | 11,5 | 11,3 |
| 03.02 | 11,9 | 9,9 | 11,3 | 9,4 |
| 05.02 |  | 10,3 | 7,7 | 4,3 |
| 06.03 | 10,3 | 11,7 |  |  |

29.01.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

01.02.18 Окулист: VIS OD= 0,5сф – 1,0=0,5 OS= 0,6сф – 1,0=0,8 Гл. дно: А:V 1:2 сосуды умеренно извиты, вены уплотнены, с-м Салюс 1 ст. В макуле без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

01.02.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце, СН 0. Риск 4.

30.01.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

26.01.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

25.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V 7,2 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, диаформин, тиогамма турбо, кокарнит, магникор, аторвакор, эналаприл

Состояние больного при выписке: Учитывая инсулинорезистентность, больной переведен на двукратное введение инсулина в сочетании с препаратами метформина. Однако, сохраняется гипергликемия утром натощак и после завтрака. С больным проведена беседа по «хлебным единицам». Школу самоконтроля посещал. АД 130/80 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 30-32ед., п/уж -26 ед., Инсуман Базал п/з-46 ед., п/уж -44-46 ед.,
   1. Вариант (прежний) Инсуман Рапид п/з-36 ед., п/о- 28ед., п/у- 24ед., Инсуман Базал 22.00 44 ед
5. диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000мг - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5-10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
10. Рек. невропатолога: витаксон 1т 2р/д
11. Рек кардиолога: эналаприл 2,5- 5 мг 1т 2р/д Контроль АД. Дообследование ЭХОКС.
12. Б/л серия. АДГ № 671812 с 25.01.18 по 07.02.18. к труду 08.02.18

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.