#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 230

##### Ф.И.О: Омельченко Сергей Васильевич

Год рождения: 1978

Место жительства: Васильевский р-н, с. Широкое ул, Садовая 39

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.02.18 по .02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 130/90 мм рт.ст., головные боли, периодчиеские гипогликем чиеские состояния в различное врем суток, купируемые доп, приемом пищи, слабость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. при обращение к врачу по поводу диаб жалоб, прогресиррующей потери веса, гипергликеии 18,0 ацетон урии 4+. Был гсопитализирован в ОИТ эндокриндиспансера Тогда же назначена инсулиноетрпия. Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, В 2007 в условиях эндодиспансера был переведен на новмикс. В 2014 на Новорапид, Левемир. Комы отрицает. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния..В наст. время принимает: Новорапид п/з- 14ед., п/о10- ед., п/у-8 ед., Левемир 22.00 24 ед, Гликемия –3,0-12,0 ммоль/л. НвАIс -8,6 % от 11.2017 . Последнее стац. лечение в 2017г. 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 |
| 16.02 | 167 | 5,5 | 6,4 | 3 | 0 | 0 | 51 | 38 | 10 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.02 | 114 | 5,25 | 1,04 | 1,66 | 3,11 | 2,2 | 6,5 | 77 | 14,4 | 2,9 | 1,2 | 0,36 | 0,33 |

16.02.18 Глик. гемоглобин – 8,0%

16.02.18 К – 4,94 ; Nа – 137 Са++ -1,23 С1 -103 ммоль/л

16.02.18 Проба Реберга: креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 16.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1034 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

19.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

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

19.02.18 Суточная глюкозурия – 2,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.02.18 Микроальбуминурия – 60,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.02 |  | 10,7 | 10,7 | 4,4 |  |
| 16.02 | 9,7 |  |  |  |  |
| 20.02 | 4,6 | 6,3 | 10,4 | 11,9 | 9,1 |
| 22.02 |  | 10,1 | 5,0 | 12,6 | 12,4 |

20.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2).

22/02/18 Окулист: VIS OD= 1.0 OS=1.0. Гл. дно: А:V 1:2 вены расширены, уплотенны, аретири извиты, с-м Гвиста. В макуле без особенностей. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

15.02.18 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков. Высокие з.Т Ваготония.

19.02.18 Кардиолог: Идиопатический пролапс митрального клапана 1, с минимальной регургитацией СН 0-1.

Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.02.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

23.02.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. 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.

15.2.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,4 см3; лев. д. V 6,3 см3

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

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 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.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Б/л серия. АДГ № 6717 с .02.18 по .02.18. к труду .02.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.