#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1053

##### Ф.И.О: Лебедев Валерий Леонидович

Год рождения: 1963

Место жительства: Приморский р-н, с. Преслав, Горького 76а

Место работы: приморский СТК ТСОУ, инструктор, инв Ш гр.

Находился на лечении с 19.08.13 по 02.09.13 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цефалгический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН I.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния в ночное время, утреннее часы при приеме одних и тех же доз инсулина, объема пищи и двигательной активности, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-14-18 ед., п/о- 8-10ед., п/у-8-10 ед., Хумодар Б100Р 22.00 14-16 ед. Гликемия –2,7-25,0 ммоль/л. НвАIс -8,8 % от 08.07.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.08.13Общ. ан. крови Нв –125 г/л эритр – 3,8 лейк –5,7 СОЭ –12 мм/час

э- 1% п- 0% с- 66% л- 30 % м-3%

20.08.13Биохимия: СКФ –95 мл./мин., хол – 4,87тригл – 1,64 ХСЛПВП – 2,40 ХСЛПНП – 1,72Катер -1,03 мочевина –4,8 креатинин – 80 бил общ –10,9 бил пр – 2,7 тим – 3,2 АСТ –0,24 АЛТ –0,45 ммоль/л;

20.08.13Анализ крови на RW- отр

### 20.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

21.08.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 23.08.13Микроальбуминурия –20.7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.08 | 4,5 | 9,2 | 8,3 | 2,6 |  |
| 21.08 |  |  |  | 9,1 |  |
| 23.08 | 12,5 | 15,8 | 10,0 | 2,8 | 6,6 |
| 24.08 | 4,2 | 8,3 | 11,5 | 16,4 |  |
| 26.08 | 9,1 | 14,7 | 8,8 | 5,2 |  |
| 28.08 | 5,2 | 8,0 | 3,6 | 7,0 |  |
| 28.08 |  |  |  |  | 4,0 |
| 01.09 | 8,5 | 8,4 | 4,4 | 8,2 |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторня форма.

Окулист: VIS OD=0,2н/к OS=0,1н/к ; ВГД OD= 23 OS=23

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. СН1.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

22.08.13 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, густой хлопьевидной взвеси в желчном пузыре, не позволяющей исключить наличие мелких формирующих конкрементов, микролитов в правой почке, умеренных изменений диффузного типа в её паренхиме, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу хр. простатита

20.08.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2 см3; лев. д. V =7,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. жел. нет.

Лечение: Генсулин Р, Генсулин Н, эналаприл, Хумодар Б100Р, ХумодарР100Р, тивортин, нейрорубин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая невозможность достижение комепнсация СД на фоне введение Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р ( частые гипогликемии) рекомендовано введение инсулина Генсулин Р, Генсулин Н.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-12-14 ед., п/о-6-10 ед., п/у-6-10 ед., Генсулин Н 22.00 12-14 ед.
3. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
4. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
5. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д., 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
7. Рек. невропатолога: кортексин 10 м/г в/м 10 дней. келтикан 1т.\*3р/д. до 2 мес.,
8. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д.
9. Б/л серия. АГВ № 2340 с 19.08.13 по 02.09.13. К труду 03.09.13г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.