#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 652

##### Ф.И.О: Поликарпов Валерий Николаевич

Год рождения: 1950

Место жительства: Запорожье, ул Тополина 33-7

Место работы: инв II.

Находился на лечении с 07.05.13 по 20.05.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду,полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100мм рт.ст., головные боли, учащенное сердцебиение, боли в поясничной области, боли в плечевом суставе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические (последняя в 2005). С начала заболевания ССП (манинил в течении года без эффекта). В 2000 назначена инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР) С 2005 переведен на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у- 10ед., Лантус 22.00 30ед. Гликемия –3,0-13,0 ммоль/л. НвАIс -11,7 %. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 мг, карведилол 12,5мг, азомекс 5мг. АИТ с 2009г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.05.13Общ. ан. крови Нв –185 г/л эритр –5,7 лейк –6,8 СОЭ – 21 мм/час

э-2 % п-2 % с- 60% л- 26 % м-10 %

08.05.13Биохимия: СКФ –94 мл./мин., хол –5,8 тригл – 1,36 ХСЛПВП -1,86 ХСЛПНП -3,32 Катер -2,1 мочевина –4,5 креатинин –86 бил общ –22,1 бил пр – 8,3 тим –1,8 АСТ –0,16 АЛТ –0,49 ммоль/л;

14.05.13Глик. гемоглобин – 5,9%

10.05.13 ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/л

### 08.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

13.05.13Суточная глюкозурия – 3,51%; Суточная протеинурия – отр

##### 16.05.13Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.05 | 3,9 | 7,5 | 8,3 | 13,8 |  |
| 09.05 | 8,8 |  |  |  |  |
| 11.05 | 7,5 | 10,2 | 4,9 | 12,5 |  |
| 15.05 | 10,8 | 11,1 | 6,5 | 10,7 |  |
| 16.05 | 8,7 | 8,9 |  | 7,0 |  |

Невропатолог2012: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма (врач в отпуске).

Окулист: Факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.05.13ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось горизонтальная. Позиция промежуточная. Умеренно выраженные изменения миокарда по заднебоковой стенке левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

10.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить микролитов в почках.

07.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,6 см3; лев. д. V = 9,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы местами снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: лозап, карведилол, азомекс, тивортин, Лантус, Эпайдра, нуклео ЦМФ, тиоцетам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 11-13ед., п/о- 9-110ед., п/у- 10-12ед., 21.00 Лантус 30-32 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: лозап 100 мг утром, азомекс 5 мг веч. карведилол 12,5мг утр. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ в динамике.
11. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, офтан катахром 2к. \*3р/д,
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.