#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 809

##### Ф.И.О: Розиненко Анатолий Николаевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Соленое, ул Щорса 44

Место работы: н/р, инв П гр

Находился на лечении с 01.07.14 по 14.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст, вестибуло-патический с-м. ДДПП на поясничном уровне (остеохондроз). Вертеброгенная люмбалгия справа. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 30,8кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз (стеатоз).

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния. ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 240 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. С 2005 Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 32ед., п/о-30 ед., п/у-28 ед., Протафан НМ 22.00 – 58 ед. Гликемия –14,7-2,0 ммоль/л. НвАIс – 9,0 % от 2013. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 3 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.07.14 Общ. ан. крови Нв –183 г/л эритр –5,5 лейк –13,3 СОЭ –3 мм/час

э- 1% п- 0% с- 60% л- 30% м- 9%

04.07.14 лейк – 12,6

11.07.14 лейк – 10,8

02.07.14ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/л АТ ТПО – 61,6 (0-30) МЕ/мл

02.07.14 Биохимия: СКФ –112 мл./мин., хол –6,6 тригл -1,52 ХСЛПВП -1,69 ХСЛПНП – 4,21Катер -2,9 мочевина –8,9 креатинин –96 бил общ –14,8 бил пр –3,7 тим –0,90 АСТ – 0,23 АЛТ – 0,18 ммоль/л;

### 02.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

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

03.07.14 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.07.14 Микроальбуминурия –105,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.07 | 5,8 | 6,5 | 4,1 | 6,0 |
| 05.07 | 3,8 | 5,3 | 3,6 | 5,0 |
| 09.07 | 5,2 | 7,4 | 5,3 | 4,3 |
| 11.07 | 12,2 | 14,6 | 4,4 | 9,1 |
| 13.07 | 9,3 | 7,0 | 4,8 | 4,8 |
| 14.07 | 6,4 |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст, вестибуло-патический с-м. ДДПП на поясничном уровне (остеохондроз). Вертеброгенная люмбалгия справа.

01.07.Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,3 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонен. Позиция промежуточная

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.07Гастроэнтеролог: Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз.

03.07.14 Р-скопия ЖКТ: Хронический гастрит, хр. панкреатит:

04.07.1414 Р-гр ПОП: признаки субхондарльного склероза, снижение высоты межпозвонковых дисков, обызвествление стенок, бр. аорты.

10.07РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

10.07Допплерография: Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

02.07Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.07УЗИ ОБП: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличениями её размеров, без признаков портальной гипертензии, застоя в желчном пузыре, функционального раздражения кишечника.

01.07УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5 см3; лев. д. V = 8,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, диротон, небилет, кардиомагнил, торсид, медитан, розувастатин, хофитол, урсохол, парацитамол, тиоктацид, витаксон, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли отеки н/к . АД 120/80 мм рт. ст. гипергликемия 11-13.07 связана с перенесенным ОРВИ.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-32-34 ед., п/о- 30-32ед., п/уж -28-30ед., Протафан НМ 22.00 58-60 ед..

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Диротон 10 мг утром, небилет 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер., торсид 5-10 мг утром Контр. АД.
4. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес, медитан 300 мг 2р\д
5. Рек. невропатолога: катадолон 1400 мг 3р\сут 2-4 нед.
6. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, хофитол по 1т 3р\д после еды, урсохол 2к на ночь 1 мес, Смарт омега 1к 1\д по вемя еды.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.