#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 749

##### Ф.И.О: Игнатенко Василий Иванович

Год рождения: 1962

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов, пер. Юбилейный 21

Место работы: ЗМК № 14, слесарь, инв Ш гр.

Находился на лечении с 16.06.14 по 26.06.14 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. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хронический вирусный гепатит С. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 30,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160 мм рт.ст., головные боли, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Инсуман Базал. С 2012 переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 15ед., п/о- 15ед., п/у-20 ед., Протафан НМ 22.00 – 51 ед. Гликемия –7,5-10,0 ммоль/л. 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.

17.06.14 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр – 4,2 лейк 5,0 СОЭ –10 мм/час

э- 3% п-0 % с-68 % л-26 % м- 3%

17.06.14 Биохимия: СКФ –100 мл./мин., хол –3,13 тригл -1,68 ХСЛПВП -0,88 ХСЛПНП -1,48 Катер – 2,5 мочевина –8,9 креатинин – 99бил общ –10,0 бил пр –2,5 тим –3,7 АСТ –0,37 АЛТ –0,84 ммоль/л;

17.06.14 Анализ крови на RW- отр

20.06.14 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/л

19.06.14 глик гемоглобин – 8,2

### 17.06.14 Общ. ан. мочи уд вес м лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – много эпит. перех. - ед в п/зр

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

20.06.14 Суточная глюкозурия – 1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.06.14 Микроальбуминурия – 40мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.06 | 10,9 | 17,7 | 6,5 | 4,4 |  |
| 18.06 |  | 12,1 |  |  |  |
| 19.06 | 6,3 | 11,1 | 4,0 | 11,3 |  |
| 23.06 | 8,1 | 3,8 | 5,9 | 3,5 |  |
| 24.06 |  | 16,4 |  |  |  |
| 25.06 | 10,2 | 3,6 | 4,6 | 7,0 |  |
| 26.06 2.00-4,5 |  |  |  |  |  |

20.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

16.06Окулист: VIS OD=0,9 OS= 1,0

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.06ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

17.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.06РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

17.06Допплерография: ЛПИ справа – 1,05, ЛПИ слева –1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

16.06УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,5 см3; лев. д. V = 7,3см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ

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

Рекомендовано :

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

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 (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Берлитион 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. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, актовегин 10,0 в/в № 10, Габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., луцетам 15,0 в/в стр № 10, глицин 2т 3/д. бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес. вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д..
8. Б/л серия. АГВ № 2344 с .06.14 по .06.14. К труду .06.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.