#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1392

##### Ф.И.О: Красновид Анатолий Петрович

Год рождения: 1953

Место жительства: Акимовский р-н, с. Черноземное, ул. Школьная 12

Место работы: Акимовская районная гос. лечебница ветеринарной медицины, заведующий черноземельным участком.

Находился на лечении с 10.11.14 по 19.11.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия V ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, субклиническое течение. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние. САГ II ст. Ожирение I ст. (ИМТ 31,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1980г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ.

В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 24ед., п/у- 4ед., Протафан НМ п/з 38 ед, п/у – 28 ед. Гликемия –5,0-13,0 ммоль/л. НвАIс -9,5 % от 30.08.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает хартил, физиотенс, индап, дилтиазем. АИТ с 2010, АТТПО 10,47(0-30) МЕ/мл, АТ ТГ - 426,1 (0-100) МЕ/л. 2013 - ТТГ – 2,3 (0,3-4,0) Мме/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.11.14 Общ. ан. крови Нв –134 г/л эритр –4,2 лейк – 4,4 СОЭ – 15 мм/час

э- 2% п- 1% с- 70% л-21 % м- 6%

11.11.14 Биохимия: СКФ –52,83 мл./мин., хол –5,0 тригл -1,94 ХСЛПВП -1,36 ХСЛПНП -3,35 Катер -3,1 мочевина –15,5 креатинин – 169,2 бил общ –14,8 бил пр – 3,7 тим – 0,86 АСТ – 0,37 АЛТ –0,45 ммоль/л;

17.11.14 СКФ – 59,9 мочевина – 12,6 креатинин – 167,0

11.11.14ТТГ – 1,7 (0,3-4,0) Мме/л

14.11.14 К – 4,65 ; Nа – 139 ммоль/л

17.11.14 Коагулограмма: ПТИ – 100 %; фибр –2,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –107 %; св. гепарин – 0

### 11.11.14 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,40 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

12.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр -500 белок – отр

12.11.14 Суточная глюкозурия –0,56 %; Суточная протеинурия – 0,063

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.11 | 7,6 | 10,9 | 4,4 | 8,9 |
| 13.11 | 7,4 | 8,1 | 6,4 | 9,2 |
| 17.11 | 10,4 | 9,0 | 3,4 | 6,1 |
| 18.11 |  |  | 6,1 |  |
| 19.11 | 7,3 |  |  |  |

13.11.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, субклиническое течение

10.11.14Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9 ;

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

10.11.14ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. Желудочковая экстрасистолия.

14.11.14Кардиолог: САГ IIст.

19.11.14Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

12.11.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.11.14РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

10.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,2 см3; лев. д. V = 9,3 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, дилтиазем, хартил, индап, физиотенс, торсид, нейровитан, розувастатин, кардиомагнил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. Больному предложен перевод на дробную схему инсулинотерапии, от которого он отказался. АД 130/80 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- 24-26ед., п/уж -4-6 ед., Протафан НМ п/з 38-40 ед, п/у 28-30 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 5 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: физиотенс 0,2-0,4 мг веч. Контроль АД, ЭКГ.
4. Хартил 10 мг утром, индап 2,5 мг утром, дилтиазем 90 мг 2-3 р/д, кардиомагнил 75мг 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с применением ингибиторов АПФ с двойным путем выведения.
10. Б/л серия. АГВ № 234624 с 10.11.14 по 19.11.14. К труду 20.11.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.