#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1207

##### Ф.И.О: Бондаренко Сергей Михайлович

Год рождения: 1957

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Петро-Михайловка, ул Молодежная 20

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 01.10.14 по 13.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, цереброастенический с-м. ИБС. Стенокардия напряжения 1 ф. кл СН1, гипертоническая болезнь II ст, Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Фармасулин Н, Фармасулин НNР. С 2007 в связи с декомпенсацией переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 16ед., п/о-10 ед., п/у- 8ед., Левемир 22.00 – 28 ед. Гликемия –10,2-6,4-4,0 ммоль/л. НвАIс-10,2 % от 02.07.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг утром. 2010 ТТГ – 1,7 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТГ - 64,6 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО –47,2 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.10.14 Общ. ан. крови Нв –157 г/л эритр –4,5 лейк – 6,1 СОЭ –3 мм/час

э- 1% п- 1% с- 58% л- 38 % м-2 %

02.10.14 Биохимия: СКФ –86 мл./мин., хол –5,4 тригл -2,34 ХСЛПВП -1,63 ХСЛПНП – 2,70 Катер -2,3 мочевина –4,2 креатинин –94,8 бил общ – 13,4 бил пр –3,3 тим –3,4 АСТ – 0,10 АЛТ – 0,13 ммоль/л;

### 02.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

06.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - 250 белок – отр

08.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - белок – отр

03.10.14 Суточная глюкозурия –0,24 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.10.14 Микроальбуминурия – 22,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.10 | 4,7 | 4,8 | 6,4 | 6,0 |
| 04.10 | 10,6 | 6,5 | 4,3 | 9,1 |
| 07.10 2-6,7 | 8,4 | 9,0 | 3,3 | 10,0 |
| 10.10 | 6,5 | 6,2 | 4,8 | 5,5 |

01.10Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза,

01.09.Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,6

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

01.10.14ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

01.10.14.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.10.14Хирург: диабетическая ангиопатия н/к.

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

01.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,9 см3; лев. д. V =0,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия левой доли щит. железы.

Лечение: эналаприл, кардиомагнил, индапрес, розувастатин, бисопролол, берлитион, витаксон, актовегин, тиоцетам, Новорапид, Левемир

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-15-17 ед., п/о-8-10 ед., п/уж – 8-10ед., Левемир 22.00 30-32ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 5 мг утром, бисопролол 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д.
7. 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 Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед Костина Т.К.