#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 220

##### Ф.И.О: Куркула Петр Григорьевич

Год рождения: 1956

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Кушугум, ул. Островского 64

Место работы: н/р, инв IIгр

Находился на лечении с 14.02.14 по 25.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, стадия нестойкой ремиссии. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Диффузный зоб II. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, глимепирид). С 2000 в связи со стойкой декомпенсацией назначена инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В связи с гипогликемическими состояниями в 2007 переведен на аналоги. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12-14ед., п/о- 14-16ед., п/у-12-14 ед., Левемир 22.00 – 44 ед. Гликемия –4,0-9,2 ммоль/л. НвАIс - 7,3% от 2013. Последнее стац. лечение в 2013г. В 2010 выявлен смешанный зоб, мелкий узел пр доли. АТТГ – 21,7 МЕ/мл (0-100) АТТПО – 13,6 МЕ/мл (0-30) ТТГ – 1,0 Ме/л (0,3-4,0). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.02.14 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр –4,1 лейк –6,3 СОЭ –9 мм/час

э- 10% п-0 % с-56 % л- 29 % м- 5%

17.02.14 Биохимия: СКФ –114 мл./мин., хол –5,1 тригл -1,02 ХСЛПВП -0,8 ХСЛПНП – 4,1Катер -5,7 мочевина –8,1 креатинин – 91,2 бил общ –13,9 бил пр – 3,7 тим – 1,3АСТ – 0,89 АЛТ –0,89 ммоль/л;

18.02.14 Глик. гемоглобин – 8,5%

21.02.14 К – 4,0 ; Nа – 137 Са -2,2 ммоль/л

### 18.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

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

21.02.14 Суточная глюкозурия – 1,31 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.14 Микроальбуминурия –188,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.02 | 6,9 | 4,8 | 8,8 | 8,7 | 10,4 |
| 19.02 | 6,2 | 4,2 | 5,0 | 5,4 | 6,5 |

18.02Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD= 0,1 OS= 0,1

Помутнения в хрусталиках ОИ, больше в ОД. Авитрия ОИ. Множественные микроаневризмы, микрогеморрагии, экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.02ЭКГ: ЧСС -50 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

18.02Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I.

18.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.02РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

19.02УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; множественных конкрементов в желчном пузыре на фоне застоя, функционального раздражения кишечника.

14.02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,6см3; лев. д. V = 10,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичным расширенным фолликулом до 0,45 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: фозикард, индап, амлодипин, кардиомагнил, тиогамма, актовегин, мильгамма, Новорапид, Левемир, эссенциале.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. 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: Новорапид п/з- 14-16ед., п/о-14-16 ед., п/у-12-14 ед., Левемир 22.00 – 44-46 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: фозикард 20 мг, индап 2,5 мг, амлодипин 10 мг\сут. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 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.
9. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Употребление йодированной соли.
10. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.