#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1351

##### Ф.И.О: Бенько Владимир Васильевич

Год рождения: 1972

Место жительства: Ореховский р-н, с. Новорозовка ул. Побуды, 39

Место работы: н/р, уд. инв Сов. Армии II гр. сер АД № 251964

Находился на лечении с 09.11.15 по 20.11.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. хроническая ишемия Ш. трофическая язва 1п. правой стопы. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. нефрогенная гипертензия. Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

Диабетическая энцефалопатия I-II,

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цефалгический с-м,

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. СН I ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, периодические гипогликемические состояния, приступы сердцебиения, пекущие боли в подошвенной части стоп, длительно незаживающую трофическую язву 1 п пр стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы последняя - 1997. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан. В 2008 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-5 ед., п/о- 3ед., п/у-5 ед., Лантус п/з – 24-26 ед. Гликемия –2,0-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Диффузный зоб с 2010. ТТГ –2,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 2017 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.11.15 Общ. ан. крови Нв – 147 г/л эритр –4,6 лейк – 9,7 СОЭ – 15 мм/час

э- 0% п- 0% с- 77% л- 19 % м- 4%

10.11.15 Биохимия: СКФ –81 мл./мин., хол –4,43 тригл – 1,16ХСЛПВП -1,10 ХСЛПНП -2,8 Катер -3,0 мочевина –4,7 креатинин – 91,2 бил общ –11,5 бил пр –2,8 тим –1,0 АСТ – 0,16 АЛТ –0,16 ммоль/л;

10.11.15 Анализ крови на RW- отр

### 10.11.15 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк –4-5 в п/зр белок – 1,82 ацетон –отр; эпит. пл. - ед эпит. перех. -ед в п/зр

11.11.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - 12500белок – 1,122

18.11.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - 90000 белок – ,58

11.11.15 Суточная глюкозурия – 3,8%; Суточная протеинурия – 0,743

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.11 | 11,7 |  | 11,3 | 18,9 | 13,7 |
| 13.11 | 9,8 | 10,4 | 12,5 | 13,8 | 11,7 |
| 15.11 | 13,7 | 8,5 | 13,0 | 15,7 | 16,4 |
| 18.11 2.00-14,4 | 12,1 | 17,8 | 12,6 | 9,2 | 9,3 |
|  |  |  |  |  |  |

09.11.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м.

11.11.15Окулист: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. вены значительно расширены, сосуды извиты. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

09.11.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

11.11.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

10.11.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.11.15 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. хроническая ишемия Ш. трофическая язва 1п. правой стопы.

10.11.15 на р-гр правой стопы без признаков дисфункции, остеопороз костной ткани обызвествление в мелких тканях по ходу сосудов.

20.11.15Нефролог: ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

13.11.15РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

17.11.15УЗИ: Заключение: Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы ( хронический панкреатит?) паренхимы почек..

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Лантус, Эпайдра

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: Эпайдра п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Лантус 22.00 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 (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: тризипин 500 мг 2р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Берлитион (диалипон) 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.
7. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
9. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с с использованием ингибиторов АПФ. Канефрон 2т. \*3р/д.
11. Рек. окулиста: конс. лазерного хирурга.
12. 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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.