#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1398

##### Ф.И.О: Бондарев Александр Егорович

Год рождения: 1973

Место жительства: г. Запорожье ул. Чаривная 107- 47

Место работы: АО «Мотор Сич» зам. начальника ИО отдела, инв Ш гр.

Находился на лечении с 12.11.15 по 25.11.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к II – Шст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Ожирение I ст. (ИМТ 33,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2010 переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 15ед., п/о- 20ед., п/у- 18ед., Фармасулин НNР 22.00 – 20 ед. Гликемия –5,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 04.2015г. Боли в н/к в течение 4 лет. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел бифорте. АИТ с 2014, ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 571,3 (0-30) МЕ/мл от 17.04.15 . Принимает L-тироксин 50 мкг /сут. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.11.15 Общ. ан. крови Нв –165 г/л эритр –4,9 лейк –4,2 СОЭ –3 мм/час

э- 4% п- 0% с- 54% л- 34% м- 8%

13.11.15 Биохимия: СКФ –122 мл./мин., хол –4,94тригл – 1,23ХСЛПВП -2,03 ХСЛПНП – 2,35Катер -1,4 мочевина – 3,0 креатинин – 104,4 бил общ – 14,8 бил пр –3,7 тим –2,8 АСТ – 0,67 АЛТ – 0,35 ммоль/л;

13.11.15ТТГ – 2,7 (0,3-4,0) Мме/мл

13.11.15 глик гемоглобин – 6,9%

### 13.11.15 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

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

16.11.15 Суточная глюкозурия – 0,57 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.11.15 Микроальбуминурия – 128,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.11 | 5,1 | 6,7 | 10,2 | 6,8 |
| 17.11 |  | 4,2 | 10,0 | 4,5 |
| 18.11 | 6,9 |  |  |  |
| 20.11 | 3,7 | 4.0 | 4.2 | 6,0 |

12.1..15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD=0,2 н/к OS= 0,1 н/к

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, начальные склеротические изменения. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.11.15ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

17.11.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки ОИ. Риск 4

18.11.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.11.15Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

16.1.115РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

18.11.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.11.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст;

15.04.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,8 см3; лев. д. V =7,6 см3

Перешеек –0,61 см.

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, тиоктацид, витаксон, тивортин, L-тироксин, нолипрел би-форте.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 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: Фармасулин Н (пенф) п/з-15-17 ед., п/о- 22-24ед., п/уж -18-20 ед., Фармасулин НNР (пенф) 22.00 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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: нолипрел би-форте 1т утром Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.1 мес.
10. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 50 мкг/сут .
12. 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 использованием ингибиторов АПФ.
13. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ,. оптикс форте 1т 1р\д
14. Б/л серия. АГВ № 2350 с 12.11.15 по 25.11.15. К труду 26.11.15.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.