#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1187

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

Год рождения: 1957

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 01.10.15 по 12.10.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Фармасулин Н, Фармасулин НNР. С 2007 в связи с частыми гипогликемическими состояниями, переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 18ед., п/о- 10ед., п/у- 8ед., Левемир 22.00 – 28 ед. Гликемия –6,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл. АТТГ – 64,6 (0-100) Мме/мл; АТ ТПО –47,2 (0-30) МЕ/мл от 2010. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.10.15 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр – 4,2лейк –5,7 СОЭ – 4 мм/час

э-2% п-3 % с- 62% л- 26% м- 7%

02.10.15 Биохимия: СКФ –83 мл./мин., хол –5,4 тригл -1,5 ХСЛПВП – 1,81 ХСЛПНП -2,9 Катер -1,89 мочевина – 3,7 креатинин – 97,2 бил общ –13,0 бил пр –3,2 тим –3,6 АСТ –0,92 АЛТ –0,27 ммоль/л;

02.10.15ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

### 02.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

06.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -14000 эритр -250 белок – отр

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

05.10.15 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 09.10.15 Микроальбуминурия – 44,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.10 | 6,5 | 4,6 | 2,8 | 12,3 |
| 03.10 | 11,8 | 8,2 | 3,8 | 6,0 |
| 06.10 2.00-6,2 | 5,0 |  |  |  |
| 08.10 | 14,7 | 7,5 | 2,9 | 11,0 |
| 09.10 | 5,8 |  | 4,3 | 3,6 |

01.10.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

01.10.15Окулист: VIS OD=0,7 OS= 0,6 ;

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

01.10.15ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

08.10.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

02.10.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.10.15РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

06.10.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,0см3; лев. д. V = 6,8см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, каптоприл, эналаприл, бисопролол, розувастатин, флюконазол, левофлоксацин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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-17-19 ед., п/о- 8-10ед., п/уж – 8-10ед., Левемир 22.00 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 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, КТ сердца и сосудов по м/ж.
4. Эналаприл 10 мг утром 5 мг веч, бисопролол 2,5 мг утром. Контр. АД.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес. витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. окулиста: вазонит 1т.\*2р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
7. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), канефрон 2к 3р/д 1 мес. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
8. 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.