#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 32

##### Ф.И.О: Бондаренко Владимир Петрович

Год рождения: 1962

Место жительства: Веселовский р-н, пгт. Веселое ул. Кирова 62

Место работы: нр

Находился на лечении с 13.01.15 по 23 .01.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ЦА стенозирующий IIст. ДЭП 1-II, сочетанного генеза. Цереброастенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Субаортальный стеноз. Полная блокада ПНПГ. Метаболическая кардиомиопатия СН1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния при физ нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р, п/з-20 ед., п/у- 10ед. Гликемия –3,5-11 ммоль/л. НвАIс – 8,2 % от 27.11.14 . Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг.В 2011 году по данным УЗИ щит .железы выявлены диффузные изменения , СвТ4 – 14,3 (10-35), ТТГ – 3,1 (0,3-4,0) АТТПО – 80,1 (0,-100) АТТПО – 10,3 (0-30). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.01.15 Общ. ан. крови Нв – 156 г/л эритр – 4,8 лейк – 4,3 СОЭ – 13 мм/час

э-2 % п-0 % с- 50% л- 35 % м-13 %

14.01.15 Биохимия: СКФ –72,8 мл./мин., хол –6,5 тригл -1,5 ХСЛПВП -1,5 ХСЛПНП 4,3- Катер -3,3 мочевина –6,8 креатинин – 93,6 бил общ –13,5 бил пр 3,3 тим – 0,99 АСТ –0,31 АЛТ – 0,28 ммоль/л;

16.01.15 ТТГ –1,1 (0,3-4,0) Мме/л

### 14.01.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

15.01.15 Суточная глюкозурия –0,84 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.01.15 Микроальбуминурия –104,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.01 | 9,4 | 8,9 | 10,2 | 7,2 |  |
| 15.01 | 5,1 |  |  |  |  |
| 17.01 | 6,5 | 14,7 | 13,4 | 10,3 |  |
| 19.01 | 4,3 | 8,9 | 8,9 | 3,4 | 7,2 |
| 20.01 |  |  |  | 3,5 |  |
| 21.01 | 7,8 |  |  | 5,9 |  |

21.01.15 Проведено 5 стандартных проб: ДАНС, выраженные изменения.

15.01.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ЦА стенозирующий IIст. ДЭП 1-II, сочетанного генеза. Цереброастенический с-м.

13.01.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

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

13.01.15ЭКГ: ЧСС – 100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена вправо. Позиция вертикальная. Полная блокада ПНПГ.

21.01.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Субаортальный стеноз. Полная блокада ПНПГ. Метаболическая кардиомиопатия СН1

15.01.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.01.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

15.01.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа41-45 %, задней большеберцовой артерии слева 48-53%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.01.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, функцонального раздражения кишечника, умеренных измнений диффузного типа в паренхиме правой почки.

13.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2см3; лев. д. V =6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и множественные расширенные фолликулы до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналаприл, офтан, слезавит, небилет, диалипон, актовегин, витаксон, Хумодар Б100Р.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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: Хумодар Б100Р п/з- 22-24ед. п/уж – 8-10ед.
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: Небилет1,25- 2,5 1р/сут, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.

Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Эналаприл 2,5 мг-курсами утром,. Контр. АД.
2. 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.
3. УЗИ щит. железы 1р. в год.
4. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, слезавит 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.