#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 548

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

Год рождения:1963

Место жительства: Вольнянский р-н,г. Вольнянск, ул Металлистов 7/5

Место работы: ПАТ «Запорожский завод металлических конструкций» водитель

Находился на лечении с 12.04.17 по 21.04.17 в диаб.отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметрическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, NSS 4, NDS 4, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Нагноившаяся атерома (вскрывшаяся). Диффузный зоб 0-Iст, Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на:учащенное мочеиспускание в ночное время до 5-6 раз, колебания глюкозы крови от 1,8 до 13,0 ммоль/л по глюкометру, гипогликемические состояния на фоне интенсивной физической нагрузке, боли, онемение и похолодание в стопах, повышение АД до 130/80 мм.рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006 г., тогда после перенесенного стресса появились жажда, сухость во рту, амбулаторно была выявлена гипергликемия 20,0 ммоль/л, ацетонурия, был ургентно госпитализирован в эндокринологическое отделение ЦКЛ №4. Течение стабильное, комы отрицает. С начала заболевания на инсулинотерапии: получал Хумодар Б, Хумодар К25, с 2008 г Фармасулин Н 30/70. В настоящее время получает Фармасулин Н 30/70 п/з 52 п/у 14ед. Последнее стац. лечение в 2016г в терапевтическом отделении по месту жительства. Госпитализирован для коррекции инсулинотерапии и лечения хр.осложнений СД.

Страховой анамнез: За последние 12 мес на л/н не пребывал

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.04.17 | 167 | 5,0 | 7,0 | 4 | 1 | 4 | 66 | 27 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | Бил.общ | бил пр. | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.04.17 | 101 | 3,7 | 0,6 | 1,15 | 2,3 | 2,2 | 4,3 | 86,9 | 20,5 | 4,4 | 0,4 | 0,21 | 0,29 |

20.04.17Глик. гемоглобин - %

13.04.17Анализ крови на RW- отр

16.06.16 ФГ ОГК №124720 –сердце и легкие без патологии

13.04.17 ТТГ –0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

18.04.17Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 85.2%; фибр – 2,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10мг/л

### 13.04.17Общ. ан. мочи: уд вес 1035лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед.

14.04.17Суточная глюкозурия – 4,2%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.04.17 | 10.0 | 10,3 | 11,4 | 16,3 |
| 14.04.17 | 7,1 | 10,1 | 6,2 | 10,0 |
| 16.04.17 | 3,7 | 9,6 | 5,0 | 10,6 |
| 20.04 | 5,4 | 5,7 | 7,2 | 4,0 |

Невропатолог( 12.04.17): Диабетическая дистальная симметрическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, NSS 4, NDS 4, хроническое течение. Рекомендовано: препараты альфа-липоевой кислоты в/в кап, тивортин 100,0 в/в кап, витаксон 2,0 в/м №10

Окулист (13.04.17):VISOD= 1,0OS= 1,0Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды извиты, неравномерно расширены. Вены полнокровны. с-м Salus II ст. В макулярной области рефлекс сглажен.Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ:ЧСС –92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл.ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

Хирург: Нагноившаяся атерома (вскрывшаяся). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. 3:1. Р-но: Обработка раствором бетадин +димексид, ципрофлоксацин 500 мг 1т 2 р/д-5 дней. Наблюдение невролога, ангиохирурга.

РВГ (13.04.17): Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

УЗИ щит. железы (12.04.17): Пр д. V = 16,7см3; лев. д. V = 12,6 см3Перешеек –0,95 см.

Щит.железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н30/70, витаксон, диалипон, тивортин, физиолечение.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, несмотря на проводимую терапию сохраняются боли и похолодание в нижних конечностях. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, сохраняющийся болевой с-м н/к, решением отборочной комиссии, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай» № путевки 185278

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 30/70 п/з- 52-54 ед., п/уж – 12-14 ед.

С учетом сохраняющейся постпрандиальной гипергликемии для коррекции гликемии рекомендован в дальнейшем в плановом порядке перевод на введение Фармасулина Н, ФармасулинаHNP в традиционном режиме.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Диалипон 600 мг / сут 2-3 мес, витаксон 1т 2р/д -1 месяц.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в год. АТ-ТПО планово по м/ж. с последующей консультацией эндокринолога.

л/н серия. АГВ № 2357 с 12.04.17 по 21 .04.17. продолжает болеть. С 22.04.17 л/н серия АГВ № 2357 на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай»

##### Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В