#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 993

##### Ф.И.О: Работа Вадим Анатольевич

Год рождения: 1967

Место жительства: г. Энергодар, Советская 19-126

Место работы: ВУЭСП мастер УБД СЮА№032486

Находился на лечении с 01.07.13 по 14.08.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая полинейропатия н/к и в/к дистальная сенсорно-моторная форма, легкий парез стоп. Диабетическая нефропатия V ст. ХПН 1. ХБП III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. Подагра, хроническое течение, акт I Rо II СФН I-II. Остеоартроз пр. т/бедренного сустава Rо I СФН 0. Вертеброгенная люмбоишалгия справа. Стеатогепатит, средней степени тяжести. ПКН II ст. Хронический гастродуоденит, фаза нестойкой ремиссии. Диабетическая полинейропатия. Гипертоническая болезнь IIстадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Протрузия диска L1-S1, радикулопатия L5 справа, слабо выраженный болевой с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, субклинический гипотиреоз, впервые выявленный.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 4 кг за 1 год, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200мм рт.ст., головные боли, выраженные боли в правом тазобедренном суставе, позвоночнике.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-40 ед., п/у- 20ед. Гликемия –3,0- ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2008г.. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает каптопресс. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.13Общ. ан. крови Нв – г/л эритр – лейк – СОЭ – мм/час

э- % п- % с- % л- % м- %

02.08.13Биохимия: СКФ –53 мл./мин., хол –5,38 тригл -2,06 ХСЛПВП 1,73 ХСЛПНП -2,72 Катер – 2,10мочевина –9,7 креатинин –227 бил общ – 10,2 бил пр –2,5 тим – 6,6 АСТ – 1,4 АЛТ – 2,0 ммоль/л;

02.08.13 С-рект белок – 4+, Ревмат фактор - отр

05.08.13Глик. гемоглобин – 6,4% мочевая к-та 344,3 мкмоль/л (208,3-428,4)

09.08.13 ТТГ – 7,1 (0,3-4,0) Мме/л, АТ ТПО –56,4 (0-30) МЕ/мл

### 05.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – на 1/3 в п/зр белок – 0,069 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

05.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1050000 эритр - белок – отр бакт на все

06.08.13Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – 0,189 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.08 | 7,6 | 5,3 |  | 6,3 |  |
| 04.08 |  | 9,8 | 10,8 | 6,6 |  |
| 07.08 | 5,9 | 7,2 | 7,3 | 5,2 |  |
| 12.08 | 5,1 | 6,4 | 6,3 | 6,4 |  |

Невропатолог: Диабетическая полинейропатия н/к и в/к, дистальная сенсорно-моторная форма, легкий парез стоп. Протрузия диска L1-S1, радикулопатия L5 справа, слабо выраженный болевой с-м на фоне сахарного диабета.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1, ; ВГД OD= 21 OS=21

Гл. дно: Артерии сужены, начальные склеротические изменения Салюс 1. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.08.13ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, единичная суправентрикулярная экстрасистола. Эл. ось резко отклонена. Позиция горизонтальная. Гипертрофия обоих желудочков. Неполная блокада ПНПГ. Блокада передней ветви ЛНПГ.

Кардилог :Гипертоническая болезнь IIстадии Ш степени. Гипертензивное сердце.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II.

Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, ассоциированная с пиелонефритом., артериальная гипертензия.

Гастроэнтеролог: Стеатогепатит, средней степени тяжести. ПКН II ст. Хронический гастродуоденит, фаза нестойкой ремиссии.

Ревматолог: Подагра, хроническое течение, акт I Rо II СФН I-II. Остеоартроз пр. т/бедренного сустава Rо I СФН 0. Вертеброгенная люмбоишалгия справа.

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

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2 ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки.

02.08.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4см3; лев. д. V = 6,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы умерено снижена. Эхоструктура крупнозернистая с небольшим количество мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаформин, кардиомагнил, эналаприл, Хумодар К 25 100Р, пироцетам, диалипон, актовегин, аллопуринол, корвитол, норфлоксацин, ципрофлоксацин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Сохраняются боли в правом тазобедренном суставе, позвоночнике.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 32-24ед., п/у-12-14 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, креатинина, мочевины, К, Са, ОАК, ОАМ
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: небилет 2,5-5 мг 1р/д, нолипрел форте 1т 1р/д. Дообследование ЭХО КС по м/ж, суточное мониторирование ЭКГ.
5. Эналаприл 5-10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Корвитол 100 мг ½ т 2р\д. Контр. АД.
6. Диалипон (берлитион) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., мелоксикам 15 г 1 т п/еды 7 дней, фастум гель местно, тебантин 150 мг утром 2р/д 10 дней.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ ч/з 1 мес, для определения тактики заместительной терапии.
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Диета с ограничением белка, соли, продуктов богатых калием. Адекватная гипотензивная терапия. Заменить эналаприл на фозиноприл 5-10 мг/сут, бисопролол 2,5-5 мг/сут .при необходимости физиотенс 0,4-0,6 мг/сут, нормазе 30 мл 1-2 р/сут 2-3 р/нед
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Рек. гастроэнтеролога: АТ к Н-pylory, урсохол 2к на ночь постоянно. Пантопрозол 40 г по требованию.
12. Рек. ревматолога: диета №6, аллопуринол 100 мг/сут под контролем уровня мочевой кислоты, при болях миелоксикам 15 мг 1р/д 7-10 дней, хомвио ревмак 15к \*3р/д 3 нед, конс вертебролога, конс нефролога, контроль ОАК, СРБ, мочевой к-ты в динамике.
13. Б/л серия. АБЖ № 503999 с 01.08.13 по 14.08.13. К труду 15.08.13г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.