#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 856

##### Ф.И.О: Харун Игорь Александрович

Год рождения: 1984

Место жительства: Запорожье, ул. Украинская 61-20

Место работы: инв II г.

Находился на лечении с 18.06.13 по 28.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсорная форма I В ст.

Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

II ст.

Диабетическая нефропатия III-IV ст. ХПН 0.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

Дисметаболическая энцефалопатия I-II, цереброастенический с-м, астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. СН I ф.кл. II.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние. Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ). В 2005 г – переведен в связи ++ заболевания на Лантус, Эпайдру.

В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 16ед., п/у- 14ед.,Лантус п/з – 24 ед.

Гликемия –11,3-5,0 ммоль/л. НвАIс -8,12 %. Последнее стац. лечение в 2011г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.06.13Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр – 4,4 лейк –4,9 СОЭ – 7 мм/час

э-4 % п- 0% с- 66% л- 26 % м- 9%

19.06.13Биохимия: СКФ –77,4 мл./мин., хол –4,0 тригл -1,25 ХСЛПВП -0,73 ХСЛПНП -2,7 Катер -4,5 мочевина –7,1 креатинин –121 бил общ –17,9 бил пр –4,4 тим –2,8 АСТ –0,3 АЛТ – 0,3 ммоль/л;

25.06.13 СКФ -89,2 мочевина -5,2, креатинин 105

23.05.13 Глик гемоглобин – 8,12%

### 19.06.13Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум эпит. перех. - ед в п/зр

20.06.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

20.06.13Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.06.13Микроальбуминурия –17,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.06 |  | 13.00-3,5 |  |  |  |
| 19.06 | 9,4 | 5,4 | 8,0 | 3,0 | 2,8 |
| 21.06 2.00-8,9 | 9,7 | 9,1 | 5,7 | 8,5 |  |
| 22.06 2.00-7,6 | 6,9 | 5,0 | 9,3 | 5,4 |  |
| 24.06 | 7,8 | 2,8 | 3,1 | 3,6 | 3,0 |
| 25.06 2.00-10,0 | 8,9 | 5,7 | 13,4 | 4,2 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсорная форма I В ст.

Окулист: VIS OD=0,6 OS=0,9 ; ВГД OD= 20 OS=20

Начальные помутнение в хрусталиках ОИ. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.06.13ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог:

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Уролог:

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

25.06.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, изменний диффузного типа в паренхиме правой почки,

25.06.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,2 см3; лев. д. V = 4,9 см3

Эхоструктура нормалной эхоинтенсивности, диффузно неавноммерная, с чередованием гипоэхогенных и гиперэогенных участков, мелкими фиброзными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: умеренные изменения диффузного типа в паренхиме щитовидной железы..

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- ед., п/о- ед., п/у- ед., Лантус 22.00
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога:

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.

1. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
2. 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.
3. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год.
5. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
6. Б/л серия. АБЖ № с .06.13 по .06.13. К труду .06.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.