#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1461

##### Ф.И.О: Бенько Владимир Васильевич

Год рождения: 1939

Место жительства: Ореховский р-н, с. Ново-розовка, ул. Победы, 39

Место работы: н/р инв IIгр, сов. Арии САД 251964

Находился на лечении с 11.11.13 по 29.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорно-болевая форма. Дисметаболическая энцефалопатия. Астено- вегетативный с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН0-1 ст. Двухсторонняя хроническая сенсо-невральная тугоухость. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 5 кг за 2 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2008 в связи с декопенсацией переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-4 ед., п/о- 3ед., п/у- 4-5ед., Лантус п\з – 2-3 ед. Гликемия –2,8-13,0 ммоль/л. НвАIс -7,2 %. Последнее стац. лечение в 2012г. 2011 – АТТПО -20,7. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.11.13Общ. ан. крови Нв –175 г/л эритр –5,1 лейк –12,1 СОЭ –2,3 мм/час

э-0 % п- 2% с- 71% л-21 % м-6 %

15.11.13 СОЭ – 5 мм/час

12.11.13Биохимия: СКФ –116 мл./мин., олл –5,79 тригл -1,48 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП -3,89 Катер -3,7 мочевина –5,8 креатинин – 64 бил общ –15,6 бил пр –3,9 тим – 0,95 АСТ –0,34 АЛТ –0,33 ммоль/л;

18.11.13 Общий белок – 64 г/л

18.11.13Глик. гемоглобин -14,8 %

15.11.13 ТТГ –0,6 (0,3-4,0) Мме/л

### 12.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1040 лейк –8-10 в п/зр белок – 0,475 ацетон –отр; эпит. пл. – ум эпит. перех. - в п/зр

14.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2500 эритр – 500 белок – 0,254

12.11.13Суточная глюкозурия –3,82 %; Суточная протеинурия – 0,234

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.11 | 10,3 | 17,0 | 19,9 | 14,1 |  |
| 14.11 |  | 7,4 | 11,0 |  |  |
| 15.11 | 13,0 | 11,4 | 12,0 | 8,8 |  |
| 17.11 | 12,4 |  | 15,2 | 11,6 |  |
| 20.11 | 12,7 | 12,9 | 7,7 | 9,1 | 13,0 |
| 21.11 2.00-9,5 |  |  |  |  |  |
| 22.11 | 10,9 | 12,1 | 14,4 | 14,8 |  |
| 23.11 | 11,5 | 13,0 |  |  |  |
| 26.11 | 12,2 | 9,2 | 9,3 | 5,8 |  |
| 27.11 |  | 13-20 -4,4 |  |  |  |
| 28.11 | 8,6 | 8,3 | 7,8 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорно-болевая форма. Дисметаболическая энцефалопатия. Астено- вегетативный с-м.

Окулист: VIS OD= 0,3-1,0=1,0 OS= 0,3-1,0=1,0 ; ВГД OD= 22 OS=22

Факосклероз ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

ЛОР: двухсторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева – 0,9.. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst III ст. слева – 1ст, справа – норма.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 14,2 см3; лев. д. V =11,3 см3

Перешеек –0,49 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лантус, Эпайдра, рамиприл, диалипон, пироцетам, актовегин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, стабильной гликемии достич не удается, ввиду страха больного перед гипогликемическими состояниями, о чем неоднократно проводились беседы, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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- 6-7ед., п/о- 4-6ед., п/у-5-7 ед., Ланутс п/з 30 -32 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Рамиприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, медитан 300 веч.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. 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.