#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1339

##### Ф.И.О: Бондаренко Сергей Николаевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Вольнянский р-н, Петро-Михайловский, Молодежная, 20

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 18.10.13 по 29.10.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ, Лантус, Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В 2008 переведен на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 16 ед., п/о- 10ед., п/у-8 ед., Левемир 22.00 – 26 ед. Гликемия 3,5-14 ммоль/л. НвАIс – 8,2 % от 06.09.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 16 лет. В 2011 ТТГ – 1,7 АТГ – 6,4 АТТПО – 47,2.Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.10.13Общ. ан. крови Нв – 125 г/л эритр –3,9 лейк – 3,1СОЭ –18 мм/час

э- 2% п- 2% с- 69% л- 22 % м- 5%

21.10.13Биохимия: СКФ –99 мл./мин., хол –4,59 тригл -1,87 ХСЛПВП -1,46 ХСЛПНП -2,28 Катер -2,14 мочевина –2,5 креатинин –84 бил общ –10,4 бил пр – 2,6 тим – 1,9 АСТ –0,19 АЛТ –0,35 ммоль/л;

25.10.19 ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/л

### 22.10.13Общ. ан. мочи уд вес 101 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

21.10.13Суточная глюкозурия – 0,68%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.10.13Микроальбуминурия –29,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.10 | 4,2 | 3,3 | 9,8 | 5,9 |  |
| 20.10 | 6,6 | 5,2 | 7,5 | 9,5 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м.

Окулист: VIS OD=0,8 OS= 0,7 ; ВГД OD= 22 OS=22

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

ЭКГ: ЧСС – 100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

обеих сторон.

Лечение: Нолипрел, предуктал MR, кардиомагнил, изокет спрей, актовегин, берлитион.

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, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-14 ед., п/о-10 ед., п/у-8 ед., Левемир 22.00 24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: нолипрел 1т\*1р/д., кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. КТ сердца и сосудов. Повторный осмотр кардиолога.
7. 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.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
10. 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 Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.