#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 539

##### Ф.И.О: Поляков Николай Васильевич

Год рождения: 1943

Место жительства: Запорожье, пр. Ленина 106а-23

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.04.13 по 23.04.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическом состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение роговицы ОД. Начальная катаракта ОИ. Миопия ОИ. Диабетическая нефропатия IIIст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипотиреоз субклинический. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 0-I. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Риск 4. ДГПЖ. Хронический комбинированный геморрой.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, общую слабость, небольшую гипогликемию в ночное время, ухудшение зрения, онемение ног, снижение чувствительности, повышение АД макс. до 130/80 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, кетоацидотоз, что является причиной перевода на инсулин аналоги (2007). В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Левемир 9.00- 10 ед, 22.00- 10 ед.

Гликемия – ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 20 лет. Повышение АД в течение 5лет. АИТ, гипотериоз седней тяжести. АТ-ТПО 132, Ат ТГ 91,5, АТ ТГ 8,1-9,7 .принимает L-тироксин 50 мкг нерегулярно.

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.04.13Общ. ан. крови Нв – 119 г/л эритр – 3,8 лейк – 4,2 СОЭ –6 мм/час

э-1 % п- 3% с- 68% л- 21% м- 7%

15.04.13Биохимия: СКФ –81 мл./мин., хол –5,6 мочевина –5,4 креатинин –88 бил общ –9,8 бил пр –2,4 тим – 1,2 АСТ –0,33 АЛТ – 0,44 ммоль/л;

17.04.13 Глик. гемоглобин 8,0%

12.04.13 ТТГ – 6,6 (0,3-4,0) Мме/л

15.04.13Суточная глюкозурия – 2,62 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.04.13Микроальбуминурия – 180,4мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.04 |  | 2,7 | 3,8 | 3,9 |  |
| 15.04 | 13,2 |  |  |  |  |
| 16.04 | 8,9 | 7,6 | 7,0 | 5,1 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст.

Окулист: VIS OD=0,05-4,0=0,2 OS=0, 1-4,0=0,9 ; ВГД OD= 23 OS=21

Помутнение роговицы ОД. Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Помутнение роговицы ОД. Начальная катаракта ОИ. Миопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.04.13ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН I. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Риск4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,2 см3; лев. д. V =6,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, магнерол, Новорапид, Левемир, гептрал, метамак, витаксон

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. При подобной схеме введения аналогов состояние больного улучшилось, прекратились гипогликемические состояния, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Левемир п/з 8 ед. 22.00 – 10ед.

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 (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.

Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., арифон –ретарт 1 таб в нед.

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., бенфогамма 300 \*1 т/сут.
4. УЗИ щит. железы, 1р. в год. ТТГ 1 раз в ол года Lтироксин 25 мкг /сут.
5. 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.
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.