#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1483

##### Ф.И.О: Джос Михаил Леонидович

Год рождения: 1957

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак, ул. Куйбышева 38-36

Место работы: ПАТ «ТКШЗ» электрик, инв Ш гр.

Находился на лечении с 13.11.13 по 03.12.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсо-моторная форма. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 33,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз средней тяжести. Медикаментозная субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 2 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 240 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физ. нагрузке, учащенное мочеиспускание, сердцебиение, боли в прекардиальной области, боли в эпигастральной области, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. С 2010 переведен на Хумодар К 25 100Р. В наст. время принимает: Хумодар Р 100Р п/з- 46 ед., п/у-36 ед. Метамин SR 500. Гликемия –3,6-9,0 ммоль/л. НвАIс – 11,1 % от 11.10.13. Последнее стац. лечение в 2010г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 3р\д.Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.11.13Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр –4,6 лейк – 8,2 СОЭ –10 мм/час

э-1 % п- 5% с- 70% л- 21 % м-3 %

14.11.13Биохимия: СКФ –149 мл./мин., хол –4,73 тригл -1,92 ХСЛПВП -0,93 ХСЛПНП -2,93 Катер -4,1 мочевина –5,0 креатинин –70 бил общ –14,4 бил пр –3,6 тим –4,2 АСТ –0,15 АЛТ –0,10 ммоль/л;

14.11.13Анализ крови на RW- отр

22.11.13 ТТГ – 10,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –359,2 (0-30) МЕ/мл

### 14.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

19.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -750 белок – отр

15.11.13Суточная глюкозурия – 3,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.11.13Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.11 | 10,0 |  |  |  |
| 15.11 | 11,5 | 11,6 | 13,5 | 10,3 |
| 17.11 | 8,7 | 9,7 | 9,5 | 13,2 |
| 19.11 | 5,1 | 11,1 | 15,6 | 7,2 |
| 21.11 |  | 15,9 | 14,6 | 14,7 |
| 23.11 | 13,7 | 17,0 | 10,8 | 15,8 |
| 25.11 | 13,0 | 12,4 | 10,3 | 11,7 |
| 27.11 | 12,4 | 9,0 | 5,2 | 9,5 |
| 30.11 | 10,5 | 8,9 | 7,1 | 8,8 |
| 01.12 | 9,5 |  |  |  |
| 02.12 | 8,1 |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD= 0,1 OS= 1,0 ; ВГД OD= 21 OS=20

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

ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

РВГ:. Нарушение кровообращения справа -III ст. слева – II ст, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока справа.

Допплерография: ЛПИ справа –0,75 , ЛПИ слева –1,0 . Нарушение кровообращения по а. tibialis роst справа –II, слева – норма.

УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,7 см3; лев. д. V =11,9 см3

Перешеек – 0,46см.

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: медитан 300, рамизес, ипамид, рамизес, L-тироксин, диалипон, витаксон, солкосерил, Хумодар Р100Р, Хумодар Б 100Р, Хумодар К 25 100Р, метамин.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-24-26 ед., п/о-18-20 ед., п/у- 18-20ед., Хумодар Б100Р 22.00 52-54 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Рамиприл 20 мг, ипамид 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. L\_тироксин 50 мкг/сут. Контроль ТТГ ч/з 2 мес с послед. конс. эндокринолога.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.,
8. Б/л серия. АГВ № 234150 с 13.11.13 по 03.12.13. К труду 04.12.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.