#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни №

##### Ф.И.О: Трохимчук Александр Сергеевич

Год рождения: 1984

Место жительства: Ореховский р-н, с Широкое, Молодежная 2

Место работы: н/р

Находился на лечении с 22.05.13 по 04.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к, сенсорная форма IВст. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м ассоциированный с Н-pylory. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома гипогликемическая – 2011г. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 12-14ед., п/у- 16ед., Фармасулин НNР п/з 3-6 п/у 24-26. Гликемия –7,6 ммоль/л. НвАIс -10,0 %. Последнее стац. лечение в 2010г. Боли в н/к в течение 1 года. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.05.13Общ. ан. крови Нв 150– г/л эритр – 4,5 лейк –4,4 СОЭ –2 мм/час

э-0 % п- 2% с-61 % л- 28 % м-9 %

23.05.13Биохимия: СКФ –71,7 мл./мин., хол –3,2 тригл -2,1 ХСЛПВП -1,2 ХСЛПНП -1,04 Катер -1,66 мочевина – 3,1 креатинин – 98 бил общ –18,1 бил пр – 4,1 тим –2,4 АСТ – 0,29 АЛТ –0,49 ммоль/л;

29.05.13Глик. гемоглобин -7,3 %(4,0-6,0)

### 23.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – 2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - ум в п/зр

24.05.13Суточная глюкозурия – 4,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.05.13Микроальбуминурия –60,06 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.05 | 7,6 |  |  |  |  |
| 24.05 |  | 7,3 | 12,2 | 10,4 |  |
| 27.05 | 8,0 |  | 8,6 | 8,6 |  |
| 30.05 | 6,3 | 8,5 | 4,8 | 2,5 |  |
| 31.05 |  |  |  | 5,4 |  |

Невропатолог: Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к, сенсорная форма IВст.

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

Оптические среды и глазное дно без особенностей

22.05.13ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.ПМК? ВПС?

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м ассоциированный с Н-pylory.

ФГДЭС Хронический гастродуоденит, ассоциированный с Н-pylory.

29.05.13РВГ:. Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

23.05.13Допплерография: ЛПИ справа – 1,1, ЛПИ слева –1,1. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА справа 30-33%, слева 34-35%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки; микролитов в почках.

30.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,0 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. жел. нет

Лечение: эналаприл, эспа-липон витаксон, солкосерил, Фармасулин Н, Фармасулин НNР

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, 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: Фармасулин Н п/з- 14-16ед., п/у-14-16 ед., Фармасулин НNР п/з 40- 42 ед, п/у – 28-30 ед. Учитывая большие дозы инсулина больному необходим перевод на 4х кратный режим ИТ, от чего больной воздержался. В случае сохраняющихся гипогликемических состояний, отсутствия стойкой компенсации, показана повторная госпитализация для изменения режима ИТ.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: Дообследование: ЭХО КС.
7. Эналаприл 5 мг \*2р/д, Контр. АД.
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. Рек гастроэнтеролога: стол№ 5 режим питаня, В-клатинол 3т \* 2р/д – 7 дней; био-гая 1т\*1р/д разжовывать; де-нол 2т \*3р/д за 30 ин до еды 2 нед; мааалокс 1д.л. 3р/д ч/з 30-40 мин после еды. эзолонг 40 г 1к\*2р/д за 1 час до еды начиная с 8-го дня лечения, повторный осмотр после лечения

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.