#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 726

##### Ф.И.О: Балаян Александр Аркадьевич

Год рождения: 1980

Место жительства: Ореховский р-н, пос. Мирный, Молодежная 1-37

Место работы: Инв. II гр.

Находился на лечении с 21.05.13 по 11.06.13 в диаб. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, смешанная форма II ст. Диабетическая нефропатия III ст.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния боли, онемение н/к, боли за грудиной, головные боли, ухудшение памяти.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические со слов больного, подтверждающих документов нет, зафиксирован гипогликемическое состояние 18.04.13 на приеме у эндокринолога: гликемия 2,6 ммоль/л, ведена в/в струйно 40% глюкоза. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10-12ед., п/о-10-12 ед., п/у-10-12 ед., Протафан НМ 22.00 – 17 ед. Гликемия 2,2-25,0 ммоль/л. НвАIс – 6,2 %. Последнее стац. лечение в 2011г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.05.13Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр –4,6 лейк –6,1 СОЭ – 3 мм/час

э-3 % п- 2% с-63 % л- 23 % м-9 %

22.05.13Биохимия: СКФ –103 мл./мин., хол –4,72 тригл -1,51 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП -2,8 Катер -2,8 мочевина – 5,0 креатинин – 83 бил общ – 14,2 бил пр – 3,5 тим – 2,4 АСТ –0,51 АЛТ –0,24 ммоль/л;

28.05.13 АСТ 0,36, АЛТ 0,30

29.05.13 Глик гемоглобин 6,6%

29.05.13Анализ крови на RW- отр

### 22.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

24.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500эритр - белок – отр

23.05.13Суточная глюкозурия – 0,43%; Суточная протеинурия – отр

##### 24.05.13Микроальбуминурия –194,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.05 | 7,3 | 13,8 | 3,7 | 5,3 | 3,3 |
| 25.05 | 12,6 | 14,2 | 7,4 | 12,9 |  |
| 29.05 | 12,3 | 14,4 | 6,5 | 2,5 |  |
| 30.05 | 9,8 |  | 9,9 | 7,4 | 3,3 |
| 31.05 | 12,7 | 15,6 | 9,7 | 7,9 |  |
| 01.06 2.00-6,6 | 7,0 | 6,5 | 13,5 | 10,2 |  |
| 02.06 | 9,3 | 16,1 | 12,8 | 11,9 |  |
| 04.06 |  |  |  | 4,1 | 4,2 |
| 05.06 | 17,5 | 11,3 | 13,9 | 5,2 | 7,3 |
| 06.06 2.00-9,2 | 11,8 |  |  |  |  |
| 09.06 | 13,7 | 9,7 | 4,8 | 3,8 | 6,1 |
| 10.06 | 8,0 | 11,0 | 4,7 | 4,3 |  |
| 11.06 | 8,2 |  |  |  |  |

Невропатолог: диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, смешанная форма II ст.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=0,9 ; ВГД OD=20 OS=19

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.05.13ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.05.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диаб. ангиопатия артерий н/к.

31.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,5 см3; лев. д. V = 6,4см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Лантус, Эпайдра, берлитион, витаксон, актовегин. Проведен мониторинг гликемии системой Medtronic.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. По результатам мониторинга отмечались гипогликемические состояния в различное время суток, резкое снижение гликемии ч/з 3-4 часа после приема пищи, независящая от приема пищи и физ. нагрузок, зафиксирована гипогликемия 01.06.13 в 00.30 связанная с предшествующей низкой гликемией, которых избежать на фоне Протафан НМ, Актрапид НМ не удавалось. В связи с отсутствием компенсации, наличием гипогликемических состояний, невозможностью компенсации на генно-инженерных инсулинах согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен Лантус, Эпайдру.

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- 12-14ед., п/о-10-12 ед., п/у-8-10 ед., Лантус п/з 24-26 ед,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. 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.
9. Рек. невропатолога: кортексин 10 ммг в/м № 10.
10. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.,
11. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.