#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1093

##### Ф.И.О: Гринченко Сергей Александрович

Год рождения: 1993

Место жительства: г. Мелитополь, б. 30л. Победы 7-42Место работы:

Находился на лечении с 20.08.13 по 10.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Миопия слабой степени ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. Энцефалопатия сочетанного генеза (диабетическая, п/травматическая) ликворно – гипертензионный с-м. Отдаленные последствия ТОЧМТ( открытой вдавленный перелом свода черепа 1995) в виде правостороннего центрального умеренной степени выраженности гемипареза с вальгусной деформацией правой стопы. Метаболическая кардиомиопатия СН-1

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 9 кг за 2 года, , онемение правой н/к, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г, во время оперативного вмешательства по поводу ОЧМТ. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. Около 10 лет принимает Лантус, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з-12ед., п/о- 8ед., п/у- 8ед., Лантус 22.00 – 13 ед. Гликемия –2,0-14,0 ммоль/л. НвАIс – 8,9 % от 08.09.13. Последнее стац. лечение в 2011г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.09.13Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр – 4,0 лейк –5,7 СОЭ –15 мм/час

э-1 % п-0 % с- 71% л- 25 % м- 3%

03.09.13Биохимия: СКФ –106 мл./мин., хол –3,78 тригл -1,84 ХСЛПВП – 1,31 ХСЛПНП – 1,63 Катер -1,88 мочевина –5,1 креатинин – 96 бил общ – 16,9 бил пр –4,0 тим –1,1 АСТ –0,73 АЛТ –0,30 ммоль/л;

05.09.13 АСТ – 0,60 АЛТ 0,22 мколь /л

03.09.13Глик. гемоглобин -9,3%

### 08.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,66 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

03.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -2000 белок – 1,39 цил – 1 в кам.

04.09.13Суточная глюкозурия – 1,137 %; Суточная протеинурия –1,137

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.09 | 10,3 | 6,3 | 7,1 | 4,9 |
| 05.09 2.00-4,5 | 6,7 | 8,1 | 11,7 | 14,1 |
| 07.09 | 8,4 | 7,5 | 4,2 | 5,8 |
| 08.09 | 8,8 |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. Энцефалопатия сочетанного генеза (диабетическая, п/травматическая) ликворно – гипертензионный с-м. Отдаленные последствия ТОЧМТ ( открытой вдавленный перелом свода черепа 1995) в виде правостороннего центрального умеренной степени выраженности гемипареза с вальгусной деформацией правой стопы.

Окулист: VIS OD=0,5 OS=0,4

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Миопия слабой степени ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

020.9.13ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Диффузные изменения міокарда с нарушением коронарного кровообращения верхушечно-боковой области.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. СН 1.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

02.09.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7 см3; лев. д. V =4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологи щит. железы нет.

Лечение: Эналаприл, эспа-липон, Новорапид, Лантус, витаксон, актовегин, нейромедин.

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: Новорапид п/з- 12-14ед., п/о-10-12 ед., п/у- 7-9ед., Лантус 22.00 13-15 ед.

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

1. При проведении малого оперативного вмшательства по мере возможности желательно оперировать под местным наркозом. При этом нет необходимости в изменении режима питания. Операцию предпочтительно проводить утром. В таком случае инъекцию инсулина и завтрак можно отложить на послеоперационный период. Если операция выполняется на протяжении дня, больной получает инсулин и ест в обычном режиме. До и после операции проводят контроль гликемии и при необходимости вносят соответствующие коррекции в дозы препаратов и характер питания.
2. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
5. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/м, преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап. № 10, актовегин 10,0 в/в № 10, нейромидин 1,5% 1,0 в/м № 10. Масаж правых конечностей.
8. 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.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.