#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1174

##### Ф.И.О: Бондаренко Станислав Алексеевич

Год рождения: 1985

Место жительства: Запорожье, Цитрусовая 1-118

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 18.09.13 по 28.09.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. ОРВИ. Острый бронхит, бронхо абструктивный с-м ЛН 0ст. Хронический вирусный гепатит В

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические, кетоацидотические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 8-10ед., п/о-12 ед., п/у- 8ед., Протофан 23.00 14-16. НвАIс – 12,92 % от 23.08.13. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение 7лет. В 2006 установлен диагноз: хронический вирусный гепатит В. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.09.13Общ. ан. крови Нв – 152 г/л эритр – 4,8 лейк – 5,9 СОЭ –8 мм/час

э-4 % п-1 % с-60 % л- 30% м- 5%

19.09.13Биохимия: СКФ –106,1 мл./мин., хол – 5,3 тригл -1,7 ХСЛПВП -1,05 ХСЛПНП -3,1 Катер -4,0 мочевина –6,5 креатинин –74 бил общ –10,6 бил пр – 1,0 тим – 1,0 АСТ – АЛТ – ммоль/л;

### 19.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 3-4 в п/зр белок – 0,304 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

24.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 1500 белок – 0,246

20.09.13Суточная глюкозурия – 3,8%; Суточная протеинурия – 0,27

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.09 |  | 12,8 | 7,3 | 13,1 |  |
| 20.09 | 7,1 |  |  |  |  |
| 23.09 | 12,6 | 11,0 | 3,9 | 13,0 |  |
| 24.09 | 12,2 |  |  |  | 8,7 |
| 25.09 | 13,6 | 11,7 | 4,8 | 8,0 |  |
| 26.09 | 12,0 | 9,8 |  |  |  |

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

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0

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

ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия

Пульмонолог: ОРВИ. Острый бронхит, бронхо обструктивный с-м ЛН 0ст.

##### Осмотр совместно с Леч. врач Соловьюк Е.А. Зав. отд. Фещук И.А. Нач. мед. Костина Т.К. Дз (см выше). У больного сахарный диабет в стадии декомпенсации, возможно связан с сопутствующей патологией – ОРВИ, острый бронхит, бронхо обструктивный с-м. Учитывая распираторные явления больной не может находиться в общей палате. Рекомендовано продолжить лечение в амб. условиях. Повторная госпитализация после выздоровления для дальнейшей коррекции инсулинотерпии.

27.09.13 Легкие и сердце в норме

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, актовегин, тиогамма, мильгамма, эссенциале, берлитион.

Состояние больного при выписке: У больного не удалось достичь компенсации сахарного диабета в связи с развившемся ОРВИ, острым бронхитом, бронхо обструктивный с-м. Выписывается из отделения для дальнейшего лечения ОРВИ в амб. условиях. АД 130/70мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 14ед., п/о-8-10 ед., п/у-9-10ед., Протафан НМ 22.00- 17 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Конс кардиолога по м/ж (врач в отпуске)
7. Эналаприл 2,5 мг утром. 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. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Рек. пульмонолога: амизон 0,25 2т \*3р/д 5 дней, парацетамол 325 мг 1т при T выше 38 °С, аскорбиновая кислота 500 мг 1т 2р/д 5 дней, амброксол 1т 3р/д 10 дней, обильное теплое питье.
12. Наблюдение в гепатоцентре по поводу хр. вирусного гепатита В.
13. Повторная госпитализация в эндокриндиспансер после исчезновения клинических проявлений ОРВИ.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.