#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1114

##### Ф.И.О: Зиненко Александр Анатольевич

Год рождения: 1972

Место жительства: Васильевский р-н, с. Лесное, К-Маркса 43

Место работы: н/р

Находился на лечении с 05.09.13 по 27.09.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и ацетонурии, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хронический холецестит в стадии ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Эрозивный гастрит без болевого и диспептического с-ма.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 21 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150мм рт.ст., головные боли, склонность к ацетонурии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10-12 ед., п/о- 10-12ед., п/у-10-12 ед., Протафан НМ 22.00-13 ед. Гликемия –3,8-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 04.2013г, ургентно госпитализирован в ОИТ эндокриндиспансера в кетоацидотическом состоянии. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.09.13Общ. ан. крови Нв – 142 г/л эритр –4,4 лейк – 4,3 СОЭ –3 мм/час

э- 0% п- 1% с-62 % л- 32 % м- 5%

06.09.13Биохимия: СКФ –115 мл./мин., хол –5,3 тригл -1,7 ХСЛПВП -1,84 ХСЛПНП -2,69 Катер -1,9 мочевина –4,4 креатинин –85 бил общ –10,8 бил пр –2,5 тим –3,0 АСТ –0,63 АЛТ – 1,12 ммоль/л;

10.09.13Глик. гемоглобин -7,8 %

06.09.13Анализ крови на RW- отр

11.09.13НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

### 06.09.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед ; эпит. перех. - в п/зр

12.09.13 ацетон 1 +.

13.09.13 ацетон 2++

16.09.13 ацетон 2++

С 25.09.13 ацетон – отр

19.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр -250 белок – отр

10.09.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 13.09.13Микроальбуминурия –20,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.09 | 5,6 | 13,8 | 4,4 | 9,4 |  |
| 08.09 |  |  | 10,2 | 7,5 |  |
| 10.09 | 11,8 | 3,6 | 5,7 | 5,9 |  |
| 11.09 | 10,8 | 15,1 | 3,9 | 7,0 |  |
| 12.09 2.00-4,3 |  |  |  |  |  |
| 16.09 |  |  | 5,9 | 6,4 |  |
| 17.09 | 7,5 | 11,8 | 5,8 | 3,2 |  |
| 18.09 | 10,9 | 11,7 14.00 – 2,6 | 8,3 | 5,6 |  |
| 19.09 | 8,7 | 8,4 | 4,2 17.30-3,2 | 8,0 |  |
| 20.09 | 8,6 | 7,2 13.00-2,5 | 7,2 |  |  |
| 25.09 | 7,5 | 3,1 | 15,3 | 9,5 |  |
| 26.09 | 7,2 |  | 9,7 | 7,5 |  |
| 27.09 |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Со стороны ЦНС и ПНС без органической патологии.

Окулист: ВГД OD= 20 OS=22

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС -52 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хронический холецестит в стадии ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Эрозивный гастрит без болевого и диспептического с-ма.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

24.09.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.09.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре.

11.09.13 ФГДЭС: Эрозивный гастродуоденит.

С 16.09-20.09.13 больному проведено суточное мониторирование глюкозы системой i-Pro 2. Закл: Отмечается склонность к гипогликемическим состояниям ч/з 3-4 часа после введения инсулина короткого действия на завтрак, обед. Склонность к легкой гиполгликеми до 3,5-3,0 моль/л в ночное время суток с 3.00-4.00, при нормогликемии в 6.00-8.00

Лечение: Новорапид, Левемир, реосорбилакт, Актрапид НМ, Протафан НМ, нейровитан, де-нол, энтеросгель эспа-липон, витаксон, даларгин, тивортин, натриотиосульфат.

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен Левемир, Новорапид. СД компенсирован, отсутствует ацетонурия, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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: Новорапид п/з-5-7 ед., п/о-4-6 ед., п/у-4-6 ед.,Левемир 22.00 12 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эспа-липон 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.
5. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, денол по 2т 2р/д за 30 мин до еды -2 нед, Дообследованеи рН метрия. Повторный осмотр.
6. 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 Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.