|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 384

##### Ф.И.О: Литвин Юрий Алексеевич

Год рождения: 1971

Место жительства: Васильевский р–н, г. Васильевка ул. Таврическая 16

Место работы: инв. III гр.

Находился на лечении с 14.03.13 по 02.04.13 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и ацетонурии, декомпенсация, ацетонурия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХПН 0. НЦД по гипертоническому типу. Аллергический дерматит. Дискоидная волчанка. Аллергическая реакция на генно-инженерные виды инсулина.

Жалобы при поступлении на зудящие высыпание на лице усиливающиеся после инъекций инсулина, сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, повышение АД макс. до 140/80мм рт.ст., онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. Начало заболевания кетоацидотическая кома. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая 1986, гипогликемическая 2006. Постоянно инсулинотерапия. Ранее принимал различные виды инсулина. На введение инсулина Хумодар Р100Р и Хумодар Б100Р отмечалась инсулинорезистентность (суточная доза 120ед.), компенсация не достигалась, при применении Фармасулин Н, Фармасулин НNР наблюдалась выраженная болезненность, покраснения в мессах инъекций, выраженные головные боли. В связи с этим в 2003 был переведен на прием инсулинов Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-32 ед., п/о-10 ед., п/у- 3ед., Протафан НМ 22.00 32 ед. При применение данных видов инсулина достигалась субкомпенсация СД, однако с 10.2012г у пациента появились зудящие высыпания на коже лица, усиливающиеся после инъекции инсулина. Получал лечение у дерматолога по м/ж, дерматолога ОККВД, аллерголога ЗОКБ – без эффкета. Госпитализирован в ОКЭД для решения вопросов о замене инсулина (по рекомендации аллерголога ЗОКБ). Гликемия –6,7-13,7 ммоль/л. НвАIс – 8,9 % (22.01.13). Последнее стац. лечение в 01.2013г. Боли в н/к в течение 7лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.03.13Общ. ан. крови Нв – 158г/л эритр –4,6 лейк – 6,3 СОЭ – 14 мм/час

э-1 % п-1 % с-79 % л- 17 % м- 2%

15.03.13Биохимия: СКФ –75 мл./мин., хол –4,57 тригл -1,61 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -2,58 Катер -2,6 мочевина –4,0 креатинин –118 бил общ –20,2 бил пр – 4,6 тим –4,1 АСТ – 0,15 АЛТ –0,54 ммоль/л;

15.03.13Анализ крови на RW- отр

### 15.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. пл. –ед. в п/зр

18.03.13Суточная глюкозурия – 0,88%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.03.13Микроальбуминурия – 281,2мг/сут

21.03.13 ацетон 3(+++) в дальнейшем отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.03 | 6,4 | 13,2 | 7,8 | 11,4 |  |
| 15.03 | 9,9 | 8,9 | 5,2 | 6,7 |  |
| 21.03 |  | 10,5 | 5,8 | 7,1 |  |
| 24.03 | 15,2 | 12,2 | 5,9 | 8,8 |  |
| 26.03 |  |  | Cito3,0 | 8,3 | 8,7 |
| 27.03 | 9,9 | 9,2 | 6,3 | 9,3 |  |
| 29.03 | 9,9 | 8,6 | 7,0 | 12,0 |  |
| 31.03 | 7,8 | 5,0 | 6,9 | 12,6 |  |
| 01.04 |  |  |  | 8,0 |  |

Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст.

Окулист: VIS OD=0,4 OS=0,4 ; ВГД OD=21 OS=20

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

14.03.13ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: НЦД по гипертоническому типу

Аллерголог: Аллергический дерматит. Дискоидная волчанка. Аллергические реакции на генно-инженерные виды инсулина.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,2 см3; лев. д. V =6,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Новорапид, Левемир.

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 на прием инсулина Новорапид, Левемир. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к, высыпания на лице посветлели, зуд не беспокоит. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 29-31ед., п/о-5-7 ед., п/у-4-6 ед., Левемир 22.00 -30-32 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. Рек. кардиолога: фитосед 1т\*3р/д. Контроль АД.
5. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., аскорутин 1т\*3р/д.
8. Рек. аллерголога: перевод на другие виды инсулина, ксизал 5мг 1т/веч.
9. 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 Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В