#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 966

##### Ф.И.О: Москаленко Евгений Владимирович

Год рождения: 1992

Место жительства: Запорожский р-н, . Степное, ул Набережная 24

Место работы: студент ЗГМУ, 5 курс

Находился на лечении с 06.08.14 по 19.08.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Хронический гепатит С (Анти НСV + РНК НVC + 1B генотип).

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, головные боли, слабость, утомляемость, гипогликемические состояния 1р\мес.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: 03.2012 - гипогликемическая. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2008 – переведен на Лантус, Эпайдра в условиях ОДБ. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у- е10д., Лантус 22.00 – 25 ед. Гликемия –3,0-15,4 ммоль/л. НвАIс -9,7% от 27.07.14. Последнее стац. лечение в 08.2013г. Гепатит С выявлен в 2009 году, по поводу которого наблюдается в гепатоцентре. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.08.14 Общ. ан. крови Нв –168 г/л эритр –5,2 лейк – 3,0 СОЭ – 3 мм/час

э- 4% п- 0% с- 50% л- 35% м- 7%

07.08.14 Биохимия: СКФ –114 мл./мин., хол –3,91 тригл -1,83 ХСЛПВП -1,76 ХСЛПНП -1,27 Катер -1,2 мочевина –4,7 креатинин –85 бил общ –12,8 бил пр –3,2 тим –1,5 АСТ –0,33 АЛТ –0,88 ммоль/л;

### 07.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. Пл. – ед; эпит. Перех. - в п/зр

С 08.08.14 ацетон отр

08.08.14 Суточная глюкозурия –0,55 %; Суточная протеинурия – отр

##### 08.08.14 Микроальбуминурия –32,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.08 | 5,7 | 2,7 | 9,2 | 8,0 | 6,5 |
| 08.08 |  | 10,1 |  |  |  |
| 12.08 | 6,4 |  | 5,8 | 8,0 |  |
| 13.08 |  | 4,8 |  |  |  |

18.08.14 Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма.

06.08.14 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

06.08.ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

11.08.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.08.Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

08.08.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

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

06.08.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9 см3; лев. д. V = 5,7см3

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, Диалипон турбо, актовегин .

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 100/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,невропатолога, инфекциониста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -10-12 ед., 22.00 Лантус 25-27 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес.
8. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес.
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.
10. Конс. и наблюдение инфекциониста гепатоцентра.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

/Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.