#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1024

##### Ф.И.О: Станищук Дмитрий Николаевич

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Запорожье, ул. Днепровские пороги 15-6

Место работы: н/р, инв IIгр

Находился на лечении с 20.08.14 по 02.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к, сенсорная форма. Гиперплазия правой небной миндалины

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния, боли в спине, шеи.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2008 в условиях ЗОДБ переведен на Новорапид НМ, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид НМ п/з-12 ед., п/о- 10-12ед., п/у-12-14 ед., Левемир 22.00 – 24 ед. Гликемия –2,8-5,0-10,0 ммоль/л. НвАIс – 8,4 % от 04.2014. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает энап 5 мг утр. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.08.14 Общ. ан. крови Нв – 177г/л эритр –5,3 лейк – 5,8 СОЭ –3 мм/час

э- 2% п- 0% с- 70% л- 22% м- 6%

21.08.14 Биохимия: СКФ –100 мл./мин., хол –3,72 тригл -1,17 ХСЛПВП -1,41 ХСЛПНП -1,77 Катер – 1,6мочевина –5,8 креатинин – 90 бил общ –10,3 бил пр –2,5 тим – 1,5 АСТ – 0,22 АЛТ –0,29 ммоль/л;

21.08.14 Глик. гемоглобин 7,1%

### 21.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,027 ацетон –отр; эпит. пл. -ед в п/зр

26.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – 0,078

22.08.14 Суточная глюкозурия – 0,40 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.08.14 Микроальбуминурия –142,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.08 2.00-4,7 | 5,2 | 4,2 | 7,0 | 3,4 |  |
| 26.08 | 4,8 | 9,1 | 3,4 | 4,3 | 8,9 |
| 28.08 | 7,6 | 8,7 | 4,6 | 7,5 |  |
| 30.08 | 5,9 |  |  |  |  |

Невропатолог: Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к, сенсорная форма.

13.08Окулист: VIS OD= 0,1 OS= 0,1

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

20.08ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

21.08.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.07.14 ЛОР: Гиперплазия правой небной миндалины.

21.08.РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

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

13.08УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7см3; лев. д. V = 7,0 см3

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

Лечение: Рамиприл, Новорапид, Левемир, эспа-липон, актовегин, мильгамма

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-12-14 ед., п/о- 12-14ед., п/уж -13-15 ед., Левемир 22.00 22-24 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рамиприл 5 мг утром. Контр. АД.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.
5. Рек. невропатолога: УЗДГ МАГ, повторный осмотр.
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
7. 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

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.