#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 845

##### Ф.И.О: Передереев Артем Валерьевич

Год рождения: 1982

Место жительства: Токмакский р-н. г. Токмак ул. Революционная 14-25

Место работы: Управление соц. защиты населения токмакского городского совета, гл. специалист.

Находился на лечении с 07.07.14 по 18.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП Iст. Дисметаболическая энцефалопатия, ВБН слева на фоне ДДПП ШОП. Цереброастенический с-м. Хроническая диссомния. Диффузный зоб II ст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния во 2 половине дня и в ночное время до 2р\нед, сухость во рту, жажду, полиурию, головные боли, онемение пальцев топ, кистей.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, но в связи с отсутствием компенсации, склонностью к гипогликемическим состояниям в 2007 переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 14-16ед., п/о-14-15 ед., п/у-13-14 ед., Лантус 22.00-23-25 ед. Гликемия –3,0-15,0 ммоль/л. НвАIс – 7,3 % от 2014 . Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.07.14 Общ. ан. крови Нв –169 г/л эритр – 5,1 лейк –6,3 СОЭ –4 мм/час

э- 2% п- 0% с- 65% л-28 % м- 5%

08.07.14 Биохимия: СКФ –107 мл./мин., хол –5,7 тригл -1,88 ХСЛПВП -0,83 ХСЛПНП -4,07 Катер -5,9 мочевина –4,6 креатинин –99 бил общ – 12,2 бил пр –3,2 тим –1,5 АСТ – 0,72 АЛТ – 0,45 ммоль/л;

10.07.14 Анализ крови на RW- отр

11.07.14 ТТГ – 2,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –17,6 (0-30) МЕ/мл

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

10.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

09.07.14 Суточная глюкозурия – 1,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 11.07.14 Микроальбуминурия – 42,4мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.07 | 6,7 | 10,1 | 2,8 | 7,2 |  |
| 10.07 | 10,8 | 9,6 | 8,9 | 4,9 | 4,5 |
| 11.07 2.00-5,9 |  |  |  |  |  |
| 14.07 | 8,4 | 6,3 | 5,6 | 7,6 | 9,1 |
| 15.07 | 8,0 |  |  |  |  |
| 16.07 | 7,9 | 7,2 | 6,3 | 2,2 | 5,7 |
| 17.07 2.00-5,7 | 8,5 |  |  | 4,4 |  |

08.07.Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия, ВБН слева на фоне ДДПП ШОП. Цереброастенический с-м. Хроническая диссомния. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD=0,4 OS= 0,3

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

09.08ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

09.07УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, изменений диффузного типа в паренхиме простаты без увеличения объема остаточной мочи.

17.07. Уролог: патологии не выявлено.

07.07УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,2см3; лев. д. V = 10,7 см3

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиоктацид, нейрорубин, армадин, глиятон, триттика.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились частота и интенсивность гипогликемических состояний, боли и онемение в н/к и в/к. 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: Эпайдра п/з- 15-17ед., п/о- 12-14ед., п/уж -11-13 ед., Лантус п/з 27-29 ед. Контр гликемии, при сохраняющейся гипергликемии утром, увеличить дозу Лантуса амбулаторно до достижении целевых значений гликемии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиоктацид ( диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.,
9. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, тритика 1/3т веч, осмотр невропатолога в динамике.
10. УЗИ щит. железы, контр ТТГ 1р. в год. Употреблять йодированную соль, йодомарин 200мкг/сут 3 мес.
11. 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.
12. Конс гастроэнтеролога с данными УЗИ.
13. Б/л серия. АГВ № 234475 с 07.07.14 по 18.07.14. К труду 19.07.14г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.