#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 864

##### Ф.И.О: Ноженко Сергей Владимирович

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Запорожье, ул. Космическая 110/43

Место работы: н/р.

Находился на лечении с 09.07.14 по 22.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Гипертоническая болезнь I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, Когнитивное умеренное снижение, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния преимущественно в ночное и послеобеденно время ежедневно.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: неоднократные ( март, апрель, последняя 30.06.14). Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает Фармасулин Н: п/з-10 ед., п/у-8 ед., Фармасулин НNР п/з – 12 ед, п/у – 10 ед. Гликемия –1,5-6,0 ммоль/л. Боли в н/к в течение года. Повышение АД в течение года. Из гипотензивных принимает берлиприл по 5 мг 2р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.07.14 Общ. ан. крови Нв – 164 г/л эритр – 5,0 лейк – 5,6 СОЭ –3 мм/час

э- 0% п- 3% с-70 % л- 25 % м- 2%

10.07.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –4,36 тригл -1,37 ХСЛПВП – 2,54ХСЛПНП -1,20 Катер -0,71 мочевина –4,3 креатинин – 112 бил общ –8,8 бил пр – 2,2 тим –2,5 АСТ – 0,46 АЛТ – 0,24 ммоль/л;

09.07.14Амилаза – 64,6 (0-90) ед/л

09.07.14 Гемогл –164; гематокр –0,51; общ. белок –74,6 г/л; К –4,1 ; Nа –145 ммоль/л

09.07.14 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ – 115,4 %; фибр – 3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4\*10-4

11.07.14 Проба Реберга: Д-3,0 л, d-2,08 мл/мин., S- 1,72кв.м, креатинин крови-85 мкмоль/л; креатинин мочи- 3520 мкмоль/л; КФ86,63- мл/мин; КР-97,6 %

### 09.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1000 лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

10.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

11.07.14 Суточная глюкозурия – 1,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 1.07.14 Микроальбуминурия –81,6 мг/сут

18.07.14 Суточная глюкозурия – 0,84%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 09.07 |  |  | 4,0 | 15,8 | 3,0 |
| 10.07 2.00-3,4 | 10,9 | 11,3 | 12,7 | 7,5 |  |
| 11.07 | 4,0 |  |  |  |  |
| Гликемический профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.07 |  | 9,5 | 7,8 |  |  |
| 13.07 | 12,4 | 15,9 | 6,4 | 4,3 |  |
| 14.07 | 11,3 | 14,1 | 4,5 | 5,6 | 5,3 |
| 15.07. 2.00-6,3 | 12,6 |  |  |  |  |
| 16.07 | 13,8 | 13,7 | 5,3 | 4,5 | 6,4 |
| 18.07 | 7,1 | 14,2 |  |  |  |
| 19.07 |  | 10,2 |  |  |  |

09.07Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, Когнитивное умеренное снижение, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

14.07Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9 ;

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

09.07ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

14.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

2013 кардиолог (4-я Г.Б.): Гипертоническая болезнь I ст.

14.07РВГ:. Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, фуросемид, актовегин, берлиприл.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст. Учитывая лабильное течение сахарного диабета, частые гипогликемические состояния, неоднократные гипогликемические комы за последние 4 месяца, пациенту изменена степень тяжести диабета со «средней» на «тяжелую форму, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям». В условиях стационара пациент переведен на интенсивную схему инсулинотерапии в режиме многократных инъекций, на фоне данной схемы гипогликемические состояния уменьшились.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-8-10 ед., п/о-6-8 ед., п/уж -4-6 ед., Фармасулин НNР 23.00 6-8 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. Берлиприл 5-10 мг 2р\д. Контр. АД. Конс кардиолога по м\ж с целью коррекции гипотензивной терапии.
7. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.
8. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.