#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 877

##### Ф.И.О: Никишин Павел Романович

Год рождения: 1994

Место жительства: г. Запорожье ул. Новокузнецкая 13а -2

Место работы: н/р

Находился на лечении с 14.07.14 по 24.07.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, вегетативная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, полиурию, онемение ног, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В связи с лабильным диабетом в 2012 в условиях ОДБ был переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 5-8ед., п/о- 5-8ед., п/у- 5-8ед., Лантус 22.00 – 26 ед. Гликемия –8,0-15,0 ммоль/л. НвАIс - 9,0% от 04.2014. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.07.14 Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр – 4,7 лейк – 3,3 СОЭ – мм/час

э-7 % п- 0% с- 50% л- 35% м-8 %

22.07.14 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр – 4,5 лейк – 4,0 СОЭ –3 мм/час

э- 5% п- 0% с-54 % л- 34% м-7 %

15.07.14 Биохимия: СКФ –102 мл./мин., хол –4,21 тригл -2,10 ХСЛПВП – 1,26ХСЛПНП -1,99 Катер -2,3 мочевина –4,1 креатинин –100 бил общ –9,8 бил пр –2,2 тим –4,7 АСТ – 0,33 АЛТ –0,23 ммоль/л;

15.07.14 Глик. гемоглобин -8,6 %

### 15.07.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. -ед в п/зр

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

15.07.14 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.07.14 Микроальбуминурия – 11,0мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.07 | 10,0 |  | 8,9 |  |
| 16.07 |  | 6,0 |  | 5,3 |
| 18.07 | 7,6 | 6,8 | 8,7 | 5,8 |

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

14.07Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0

Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.07.ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

16.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Кардиолог: врач на б/л

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

27.007УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки.

14.07.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5 см3; лев. д. V = 4,5см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Эпайдра, Лантус, диалипон, нейрорубин форте.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-5-8 ед., п/о- 5-8ед., п/уж -5-8 ед., Лантус п/з 26-28 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. Конс кардиолога по м/ж
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.
8. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
10. 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.

Нач. мед. Костина Т.К.