#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 884

##### Ф.И.О: Борисенко Юрий Сергеевич

Год рождения: 1989

Место жительства: Михайловский р-н, пгт. Михайловка, ул. Пионерская 37

Место работы: Филиал ЗОУ АО «Ощадбанк» ТОБО № 10007/0215, ведущий инженер программист.

Находился на лечении с 15.07.14 по 31.07.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, субклиническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III-ст. ХБП I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. НЦД по смешанному типу.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, участившиеся гипогликемические состояния в течении последних 2 нед. без предвестников в ночное время -1 половине дня, требующие посторонний помощи., общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая 05.07.14. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-18 ед., п/о-12 ед., п/у-16 ед., Протафан НМ 22.00 – 23ед. Ухудшение состояния в течении 10 дней, когда появилсь гипогликемические состояния без предвестников, требующие посторонней помощи ( СМП). Гликемия (по данным СМП) –2,3 ммоль/л . вызов СМП 05.07.14. НвАIс -8,5 % от 02.2014 . Последнее стац. лечение в 01.2014г. Повышение АД в течение недели. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.07.14 Общ. ан. крови Нв – 186 г/л эритр – 5,5 лейк – 5,5 СОЭ –5 мм/час

э- 5% п- 0% с-61 % л- 30% м-4 %

16.07.14 Биохимия: СКФ – 98,3мл./мин., хол – 5,03тригл -1,28 ХСЛПВП -1,41 ХСЛПНП -3,04 Катер -2,6 мочевина –6,1 креатинин –118 бил общ –10,5 бил пр –2,7 тим – 1,37 АСТ –0,33 АЛТ – 0,33 ммоль/л;

### 15.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

17.07.14 Суточная глюкозурия – 2,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.07.14 Микроальбуминурия –157,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.07 |  |  |  | 12,0 | 7,7 |
| 16.07 2.00-3,5 | 15,6 | 12,1 | 7,0 | 5,7 | 4,5 |
| 18.07 | 6,0 | 10,9 | 6,5 | 4,0 |  |
| 21.07 | 9,0 | 10,2 | 3,1 | 3,7 |  |
| 22.07 | 5,7 | 9,9 | 5,5 | 5,6 |  |
| 23.07 |  |  |  |  | 1,8 |
| 24.07 | 11,6 | 10,7 | 5,4 | 5,2 |  |
| 25.07 |  | 9,6 | 6,8 | 7,7 |  |
| 26.07 | 10,8 | 13,2 | 8,6 | 6,0 |  |
| 27.07 | 7,5 | 12,5 | 3,2 | 9,4 |  |
| 28.07 | 10,9 | 12,0 | 4,7 | 4,5 |  |
| 29.07 |  | 12,3 | 4,5 | 9,5 |  |
| 30.07 | 8,0 | 10,4 |  |  |  |
| 31.07 |  | 6,3 |  |  |  |

26.01Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, субклиническое течение, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

17.05ЭКГ: ЧСС -75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось S тип ЭКГ. Позиция неопределенная. Умеренная гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ.

22.01Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

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

17.07РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

22.01УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,3см3; лев. д. V =7,0 см3

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

22.01Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

Лечение: Лантус, Эпайдра, эналаприл,, Актрапид НМ, Протафан НМ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен на Лантус, Эпайдру.

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-18-20 ед., п/о-3-5 ед., п/уж -4-6 ед., Лантус п/з 18-30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Конс кардиолога по м/ж.
8. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
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.

1. Б/л серия. АГВ № 234490 с 15 .07.14 по 31.07.14. К труду 01.08.14г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.