#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 896

##### Ф.И.О: Волошин Александр Иванович

Год рождения: 1976

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак, ул .Свердлова 11

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.07.14 по 02.08.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДЭП 1-II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Хронический вирусный гепатит С. Хроническая инфекция мочевыделительной системы.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Последние пол года. Со слов больного, 1-2р/мес гипогликемический комы (с вызовом СМП). С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2003 переведен по м/ж на Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 18-20ед., п/о- 20ед., п/у-10-12 ед., Хумодар Б100Р 22.00 18-20 ед. Гликемия –8,0-2,0 ммоль/л. НвАIс 9,2-% от 11.07.14. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.07.14 Общ. ан. крови Нв –154 г/л эритр – 4,6 лейк –6,4 СОЭ – 14 мм/час

э- 3% п-1 % с- 60% л- 26 % м-10 %

18.07.14 Биохимия: СКФ –67 мл./мин., хол –4,92 тригл -1,58 ХСЛПВП -1,83 ХСЛПНП – 2,37Катер -1,7 мочевина –6,6 креатинин –103 бил общ –15,8 бил пр –3,9 тим – 5,0 АСТ –0,46 АЛТ –0,59 ммоль/л;

18.07.14 Анализ крови на RW- отр

### 18.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,742 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

22.07 ацетон 2++

26.07. ацетон отр

22.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -31000 белок – 0,202 г/л

21.07.14 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – 0,415 г\сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.07 | 11,5 | 14,7 |  | 4,9 |  |
| 20.07 | 10,4 | 11,4 | 4,8 | 8,4 | 5,8 |
| 21.07 2.00-3,6 | 10,9 |  |  | 10,4 |  |
| 22.07 2.00-14,2 | 16,2 | 18,0 | 5,2 | 7,4 |  |
| 24.07 | 13,0 | 11,5 | 4,6 | 4,1 |  |
| 26.07 | 6,3 | 14,2 | 10,0 | 6,0 |  |
| 28.07 | 11,1 | 9,2 | 2,0 | 11,1 |  |
| 29.07 | 15,3 |  | 7,0 | 9,0 | 13,5 |
| 30.07 | 8,4 | 6,9 | 6,5 | 10,9 |  |
| 31.07 |  | 18,5 | 8,8 | 5,1 |  |
| 01.07 | 10,0 | 8,4 |  |  |  |
| 02.07 2.00- |  |  |  |  |  |

18.07Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДЭП 1-II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Хронический вирусный гепатит С.

18.07Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

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

17.07ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Высокие з.Т в V3-4 ваготония?

18.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.07РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

23.07УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; изменений диффузного типа в паренхиме правой почки.

17.07УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7см3; лев. д. V = 5,8см3

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

Лечение: вестинорм, фестал, энтеросгель, офлоксацин, флуконазол, Генсулин R, Генсулин Н, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. эспа-липон, солкосерил, витаксон.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з-18-20 ед., п/о- 8-10ед., п/уж – 3-4ед., 22.00 Генсулин Н – 16-18ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
4. Рек. невропатолога: вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес.
5. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.