#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 732

##### Ф.И.О: Тверденко Андрей Владимирович

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Запорожье, ул. Б. Центральный 7-32.

Место работы: н/р, инв II гр с детства.

Находился на лечении с 10.06.14 по 23.06.14 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 и в/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Астено-вегетативный с-м. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический панкреатит с ферментативной недостаточностью внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы стадии нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Актрапид НМ, Протафан НМ, в 2009 в связи с частыми гипогликемическими состояниями в ОДБ переведен на Эпайдра и Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о-8 ед., п/у- 9ед., Лантус 9.00 – 23 ед. Гликемия –2,4-20 ммоль/л. НвАIс -7,6 % от 07.03.14. Последнее стац. лечение в 2014г. С 14.04.14-25.04.14 проходил стац лечение в энд отд 4-й Г.Б.. Ухудшение состояния в течении месяца. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.06.14 Общ. ан. крови Нв – 167 г/л эритр – 5,2 лейк – 6,5 СОЭ – 3 мм/час

э-3 % п-1 % с- 50% л- 42 % м-4 %

11.06.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., олл –3,9 тригл -1,91 ХСЛПВП -0,98 ХСЛПНП -2,05 Катер -3,0 мочевина –6,3 креатинин –93 бил общ –19,2 бил пр –4,5 тим –3,2 АСТ – 0,24 АЛТ –0,89 ммоль/л;

24.05.14 НвsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

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

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

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

##### 13.06.14 Микроальбуминурия – 89,2мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.06 |  |  | 8,6 | 6,8 | 10,9 |
| 11.06 | 11,1 |  | 4,4 | 7,5 |  |
| 13.06 |  |  | 5,3 | 4,3 |  |
| 14.06 | 5,0 | 9,5 |  |  |  |
| 15.06 | 10,1 | 8,5 | 5,2 | 13,6 |  |
| 16.06 |  |  |  | 8,4 |  |
| 17.06 | 8,1 |  |  |  |  |
| 19.06 | 6,2 |  |  |  |  |

11.06Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1. Астено-вегетативный с-м. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии

10.06.Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ;

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

10.06.ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция вертикальная. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

Уролог: Дообследование УЗИ почек с определением остаточной мочи.

11.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический панкреатит с ферментативной недостаточностью внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы стадии нестойкой ремиссии.

11.06РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

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

17.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,4см3; лев. д. V = 7,0 см3

Перешеек – 0,32см.

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

Лечение: келтикан, хофитол, креон, урсохол, Эпайдра, Лантус, арадин, кортексин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД130/60 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-10-12 ед., п/о-7-9 ед., п/уж -9-10 ед., Лантус 9.00 – 26 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. ( врач на б/л)
8. Эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, Хофитол (артикол) по 1т 3р\д после еды 1 мес,. креон – 10 тыс по 1т 3р\д во время еды, урсохол 1р 1\д 1мес. Повторный осмотр после лечения
12. Повторный осмотр уролога по м\ж.
13. 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 Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.