#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 744

##### Ф.И.О: Константинов Дмитрий Геннадиевич

Год рождения: 1976

Место жительства: г. Запорожье, ул. Северокольцевая 22-68.

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.06.14 по 25 .06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Субклинический гипотиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния после физ нагрузок.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г в кетоацидотическом состоянии.. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у- 10ед., Фармасулин НNР 22.00 35-36 ед. Гликемия –3,6-14,0 ммоль/л. НвАIс -7,8 % от 06.06.14 . Последнее стац. лечение в 2013г. Наблюдается по м/ж гематолога по поводу лифогрануломатоза. АТТПО 24,03 АТТГ 22,0 от 08.2011 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.06.14 Общ. ан. крови Нв –156 г/л эритр –4,7 лейк –6,1 СОЭ –6 мм/час

э-4 % п- 3% с- 60% л- 27 % м-6 %

13.06.14 Биохимия: СКФ –89 мл./мин., хол –6,2 тригл -1,52 ХСЛПВП -1,47 ХСЛПНП -4,03 Катер – 3,2мочевина –4,9 креатинин –120 бил общ –14,8 бил пр –3,7 тим –0,90 АСТ – 0,23 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

### 13.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

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

##### 20.06.14 Микроальбуминурия –39,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.06 | 7,1 | 8,9 | 3,2 | 10,1 |
| 16.06 | 9,0 | 12,4 | 8,8 | 10,9 |
| 19.06 | 8,3 | 12,9 | 6,8 | 5,1 |
| 23.06 |  | 8,8 |  |  |

23.06.Невропатолог: Со стороны ЦНС и ПНС без органической патологии.

12.06Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ;

Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены незначительно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

12.06ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

16.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.06Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

16.06РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

17.06УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; «диабетическая почка».

12.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V = 5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, латрек.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, сухость, жажда не беспокоят, АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гематолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 12-14ед., п/о-10-12 ед., п/уж -12-14 ед., Фармасулин НNР 22.00 35-37 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг веч) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 2,5 мг утром курсами , Контр. АД. МАУ.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ в динамике ч/з 2,5-3 мес с послед. конс эндокринолога по м\ж для определения дальнейшей тактики ведения больного.
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, в динамике.. Канефрон 2т. \*3р/д.
10. Наблюдение гематолога по м\ж.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.