#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 393

##### Ф.И.О: Воробель Олег Николаевич

Год рождения: 1977

Место жительства: Розовский р-н, пгт Розовка, ул. Шевченко, 67

Место работы: КУ «Облводоканал» ЗОС, сторож , инв Ш гр.

Находился на лечении с 20.03.14 по 28.03.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хроническая гастродуоденопатия с болевым и диспептическим с-м, в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., чувство тяжести в животе, периодические гипогликемические состояния, чувство жжения в подошвенной части стоп, зябкость стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар К 25 100Р. В 2008 в связи с длительной декомпенсацией переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/у-8-10 ед., Протафан НМ п/з-32 ед., п/у-22 ед. Гликемия –2,8-11,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл. Хронический гастрит с 2003. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.03.14 Общ. ан. крови Нв –160 г/л эритр – 4,8 лейк – 4,5СОЭ – 5 мм/час

э- 4% п- 2% с- 60% л- 22 % м-12 %

21.03.14 Биохимия: СКФ –126 мл./мин., олл –6,5 тригл -1,68 ХСЛПВП – 2,89 ХСЛПНП -2,84 Катер -1,25 мочевина –6,1 креатинин –96 бил общ –12,6 бил пр – 3,1 тим –1,3 АСТ – 0,27 АЛТ –0,46 ммоль/л;

### 21.03.14 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. – ед в п/зр

26.03.14 кал на я\г – отр

25.03.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 2000- эритр -250 белок – отр

25.03.14 Суточная глюкозурия – 1,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.03.14 Микроальбуминурия – 171 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.03 | 10,3 | 8,9 | 4,2 | 6,4 |  |
| 24.03 | 10,3 | 9,4 | 3,1 | 4,3 |  |
| 25.03 2.00-6,5 | 15,5 |  |  |  |  |
| 26.03 | 7,9 | 13,9 | 7,3 | 3,0 | 3,6 |
| 27.03 |  | 8,9 |  | 9,4 | 7,1 |

26.03Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма.

20.03Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 1,0

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

20.03ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

26.03.Р-скопия ЖКТ: Хронический гастродуоденит. Признаки увеличения тела поджелудочной железы.

24.03Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

21.03 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

21.03РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

24.03УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме, застоя в ж/пузыре

28.03Гастроэнетролог: Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хроническая гастродуоденопатия с болевым и диспептическим с-м, в стадии обострения.

20.03УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2 см3; лев. д. V = 7,3 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, берлитион, эналаприл, индапрес.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Сохраняется вздутие живота, периодические боли в эпигастральной области, чувство изжоги.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-12-14 ед., п/у- 8-10ед., Протафан НМ п/з- 30-32ед., п/у- 20-22ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг \*2р/д., индап 2,5 мг 1р утр. Контр. АД.
7. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.,
8. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/ддо мес., актовегин 15,0 в/в № 10,
9. Конс гастроэнтеролога.
10. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
11. Рек. гастроэнтеролога: соблюдать диету, режим питания, стол № 5, эзолонг 40 мг 1к 2р/д, де-нол по 2т 2р\д за 30 мин до еды 2 нед, фосфалюгель по 1п 3р\д ч/з 30 мин после еды 2 недели. Повторный осмотр через 2 нед.
12. Б/л серия. АГВ № 234334 с 20.03.14 по 28.03.14. К труду 29.03.14г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.