#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1349

##### Ф.И.О: Диоба Владимир Юрьевич

Год рождения: 1992

Место жительства: Приазовский р-н, пгт. Приазовское, ул Щорса 97

Место работы: Мелитопольский институт экологии и соц. технологий ВУЗ «Открытый университет развития человека «Украина», студент.

Находился на лечении с 29.10.14 по 12.11.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая энцефалопатия I. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Астеновегетативный с-м, ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Субклинический гипотиреоз. ПМК 1 ст с митральной регургитацией 1 ст СН0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, боли в н/к, судороги, онемение ног, АД 110/70 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая в 2012. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В связи с частыми гипогликемическими состояниями в 2008 переведен на Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-6-9 ед., п/о- 7-9ед., п/у- 2-4ед., Лантус 22.00 – 28-30 ед. Гликемия –2-20 ммоль/л. НвАIс -8,3% от 07.2014 (со слов больного) . Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.10.14 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр – 4,2 лейк –5,6 СОЭ – 2 мм/час

э-1 % п-1 % с-50 % л- 44 % м- 4%

30.10.14 Биохимия: СКФ –77,5 мл./мин., хол –4,81 тригл -1,50 ХСЛПВП -1,35 ХСЛПНП -2,87 Катер -2,6 мочевина – 4,7 креатинин – 103 бил общ –22,0 бил пр –3,9 тим – 1,2 АСТ –0,99 АЛТ – 0,85 ммоль/л;

31.10.14ТТГ – 8,0 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –114,2 (0-30) МЕ/мл

### 30.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

31.10.14 Суточная глюкозурия – 1,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 31.10.14 Микроальбуминурия –165,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.10 | 5,3 | 2,8 | 7,3 | 10,8 |  |
| 31.10 |  | 6,8 |  |  |  |
| 01.11 | 6,4 | 6,8 | 8,0 | 4,2 |  |
| 04.11 | 5,9 | 7,3 | 5,9 | 5,7 |  |

03.11.14Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Астеновегетативный с-м,

06.11.14Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

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

29.10.14ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Диффузные изменения миокарда.

29.10.14 Фг № 82169 без патологии.

04.11.14Кардиолог: ПМК 1 ст с митральной регургитацией 1 ст СН0.

ЭХО КС: КДР- 3,5см; КДО- 55мл; КСР-2,1 см; КСО-15 мл; УО- 3,7мл; ФВ- 72%; МЖП – 0,7см; ЗСЛЖ –0,9 см; По ЭХО КС: ПМК 1 ст с регургитацией 1 ст. Патологических токов крови в области перегородки нет. Сократительная функция ЛЖ не нарушена. Продольная деформация ЛЖ 9,67%, циркулярная деформация в базальных отделах ЛЖ 12,73. Ротация в базальных отделах 3,2, в области верхушки 1,31. Твист 4,51. Функция скручивания ЛЖ сохранена.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

31.10.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

03.11.14Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,5 см3; лев. д. V = 6,4см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Л-тироксин Эпайдра, Лантус, диалипон в/в, актовегин в/в, витаксон в/м.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. От сдачи глик. гемоглобина пациент категорически отказался.

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-4-6 ед., п/о- 7-8ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 22.00 28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: тиотриазолин 200мг \*3р/д. 1 мес, кардонат по 1т 3р\д 1 мес. Контроль ЭХО КС ч/з год.
7. Эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., прамистар 600 мг 2р/д 1,5 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 12,5 мкг/сут. Контр ТТГ в динамике ч/з 2-3 мес, с послед коррекцией дозы при необходимости.
11. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
12. 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.
13. Справка № с 29.10.14 по 12.11.14.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.