#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 159

##### Ф.И.О: Мироненко Дмитрий Владимирович

Год рождения: 1988

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка ул 40 лет. Победы 5 кв 9.

Место работы: Комунальное внешкольное учебное заведение «Центр детского юношеского творчества и туризма» ВРС запорожской области, руководитель кружка, инв IIгр

Находился на лечении с 03.02.14 по 14.02.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м, Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические – 3шт в 2009г. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан. С 2008 в связи с частыми гипогликемическими состояниями был переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-12-14 ед., п/о- 10-12ед., п/у-11-13 ед., Левемир 22.00 – 20 ед. Гликемия –6,4- ммоль/л. НвАIс -8,1 % от 09.2013. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 8 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.02.14 Общ. ан. крови Нв – 166г/л эритр –4,9 лейк – 4,3 СОЭ –4 мм/час

э- 4% п- 0% с-56 % л- 30 % м- 10%

05.02.14 Биохимия: СКФ – 125мл./мин., хол –7,18 тригл -1,88 ХСЛПВП -1,69 ХСЛПНП -4,63 Катер -3,2 мочевина –4,8 креатинин –91 бил общ –12,4 бил пр –3,1 тим – 1,1 АСТ – АЛТ – ммоль/л;

13.02.14 хол –6,1 тригл -1,4 ХСЛПВП -1,58 ХСЛПНП -3,88 Катер -2,9

### 04.02.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

06.02.14 Суточная глюкозурия –0,65 %; Суточная протеинурия – отр

##### 07.02.14 Микроальбуминурия –105,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.02 | 9,9 | 16,4 | 4,5 | 3,8 |
| 08.02 | 10,1 | 7,7 | 10,0 | 4,6 |
| 12.02 | 5,7 | 5,9 | 4,7 | 8,8 |
| 13.02 |  | 13.00 – 7,5 |  |  |

Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м, Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

03.02ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, аритмия. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Высокие з ТВ V3-4 вследствие ваготонии.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0

05.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

РВГ: Нарушение кровообращения справа – I, слева норма, тонус сосудов N.

11.02.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V 6= 6,2 см3

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

Лечение: эспа-липон, актовегин, нейрорубин, тиотриазолин, пирацетам, Новорапид, Левемир.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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: Новорапид п/з- 12-14ед., п/о-10-12 ед., п/у-8-10 ед., Левемир 22.00 22-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. окулиста: вазонит 1т.\*2р/д..
11. 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.
12. Б/л серия. АГВ № 234268 с 03 .02.14 по 14.02.14. К труду 15.02.14г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.