#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 539

##### Ф.И.О: Дюльмезов Александр Александрович

Год рождения: 1988

Место жительства: г. Запорожье ,у л. Гаврилова 5-152

Место работы: н/р

Находился на лечении с 20 .04.15 по 01.05.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и ацетонурии, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Авитрия ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к т, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ н/к II Аст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В связи со стойкой декомпенсацией в условиях ОКЭД переведен на Лантус, Эпайдра с 2014. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-8 ед., п/о-8 ед., п/у-8 ед., Лантус 22.00 – 16 ед. Гликемия –10-12 ммоль/л. НвАIс -8,1 % от 21.01.15. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.04.15 Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр –4,5 лейк –4,9 СОЭ – 2 мм/час

э- 2% п- 1% с- 58% л- 33% м- 6%

21.04.15 Биохимия: СКФ –106 мл./мин., хол – 5,4тригл -1,14 ХСЛПВП -1,38 ХСЛПНП -3,50 Катер -2,9 мочевина –4,5 креатинин – 84 бил общ –12,7 бил пр –3,2 тим – 0,69 АСТ – 0,24 АЛТ –0,24 ммоль/л;

21.04.15 Анализ крови на RW- отр

### 21.04.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

22.04.15 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.04.15 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.04 | 7,0 | 13,0 | 4,1 | 3,0 |
| 22.04 |  | 8,6 |  |  |
| 24.04 | 6,4 | 7,0 | 5,0 | 4,3 |

27.04.15Невропатолог: Хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к т, сенсорная форма.

22.04.15Окулист: VIS OD= 0,8 н/к OS= 1,0 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Помутнение в стекловидном теле ОД. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Авитрия ОД. ОИ. Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ.

20.04.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. С-м укороченного PQ.

22.04.15Кардиолог: без патологии.

22.04.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ II А ст.

22.04.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7 ,0см3; лев. д. V =6,3 см3

Перешеек –0,47 см.

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиоктацид, нейрорубин, тивортин

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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- 8-10ед., п/о- 8-10ед., п/уж -8-10 ед., Лантус 22.00 16-18 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.1 мес.
8. Рек. невропатолога: тивортин 1 ст л 3р/д 1 мес,
9. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д,.
10. 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 Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.