#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 420

##### Ф.И.О: Таран Евгений Сергеевич

Год рождения: 1982

Место жительства: г.Запорожье ул. Гаврилова 7-131

Место работы: н/р, 1 а гр

Находился на лечении с 29.03.16 по 08.04.16 в энд. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Антофтальм OS. Терминальная глаукома ОД. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. САГ Шст. Резидуальная энцефалопатия с генерализованными судорожными приступами, грубым когнитивным дефицитом

Жалобы при поступлении (со слов матери) на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, частые гипогликемические состояния в ночное время, ранние утренние часы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1984г( с 2х летнего возраста). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические – часто. Протеинурия в течении 18 лет. Полная слепота в течении 8 лет. В 2013 – энуклеация левого глаза . состоит на «Д» учете в ГТД№ 1 с диагнозом ВТДБ ( 21.01.15) С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Нечипоренко НМ п/з-10 ед., п/о-6 ед., п/у- 6ед., Протафан НМ 22.00 8 ед. Гликемия –1,6-22,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 12 лет. Повышение АД в течение 11 лет. Из гипотензивных принимает фозикард, азомекс. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.03.16 Общ. ан. крови Нв –122 г/л эритр – 3,7 лейк –4,6 СОЭ –8 мм/час

э- 1% п- 2% с-60% л- 33% м- 4%

30.03.16 Биохимия: олл –3,31 тригл -1,48 ХСЛПВП -1,18 ХСЛПНП – 1,46Катер -1,8 мочевина –12,2 креатинин – 242 бил общ –10,2 бил пр –2,6 тим – 2,02 АСТ –0,3 АЛТ –0,17 ммоль/л;

30.03.16 Амилаза 57,99

06.04.16 Глик. гемоглобин – 7,7%

29.03.16 Гемогл –122 ; гематокр – 0,39 ; общ. белок – 62 г/л; К – 3,8 ; Nа – 137,2 ммоль/л

29.03.16 Коагулограмма: вр. сверт. – 12 мин.; ПТИ –88,2 %; фибр –2,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4\*10-4

31.03.16 Проба Реберга: Д- 1,4л, d-0,97 мл/мин., S- 1,47кв.м, креатинин крови-189,0 мкмоль/л; креатинин мочи-6496 мкмоль/л; КФ-32,2 мл/мин; КР-97,6 %

### 29.03.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,394 ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

30.03.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр – 0,139 белок – 250

31.03.16 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – 0,502

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 29.03 |  | 7,8 | 7,7 | 12,9 |
| 31.03 | 11,7 | 9,6 | 4,8 | 14,5 |
| 02.04 | 9,1 | 6,9 | 3,1 | 6,2 |
| 04.04 | 5,4 | 53 | 3,,6 | 8,2 |
| 05.04 2.00-7,1 | 9,5 | 5,8 | 3,9 | 14,5 |
| 06.04 2.00-15,6 | 10,7 | 3,1 | 8,3 | 13,6 |
| 07.04 | 10,6 | 7,6 | 5,5 | 4,8 |
| 08.04 | 9,0 |  |  |  |

29.03.16Невропатолог: Резидуальная энцефалопатия с генерализованными судорожными приступами, грубым когнитивным дефицитом. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

29.03.16 Окулист: VIS OD= ноль OS= анофтальм

Анофтальм OS ОД тотальное помутнение роговицы. Глубжележащие отделы не просматриваются.. Д-з: Антофтальм OS. Терминальная глаукома ОД.

29.03.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

05.04.16Кардиолог: САГ Шст

01.04.16РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

29УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,4см3; лев. д. V = 4,5см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, рефампицин, лефолокс, пиразинамид, тиоктодар, витаксон, пирацетам, карболекс, белый уголь, хофитол, эссенциале, актовегин, азомекс, магнезия, Левемир.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Левемир.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 10-12ед., п/о- 6-8ед., п/уж – 6-8ед., Левемир 22.00 10-12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурия 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: бисопролол 5 мг утром, физиотенс 0,2 мг 1р\д.. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: корбалекс ретард 600 мг 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.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.