#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 843

##### Ф.И.О: Винокуров Александр Михайлович

Год рождения: 1971

Место жительства: Запорожье, ул. Кузнецова 30б - 38

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 13.06.13 по 25.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая нефропатия IIIст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст.(NSS-4б NDS-3б). Диффузный зоб II. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 130/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Фармасулин, Актрапид НМ). В 04.2011 в связи с частыми гликемиями на фоне лабильного течения переведен на аналоги инсулина ( Лантус, Эпайдра). В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 11ед., п/о-7 ед., п/у-8 ед. Гликемия –5-15 ммоль/л. НвАIс – 8,2 %(11.06.13). Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.06.13Общ. ан. крови Нв –163 г/л эритр –5,0 лейк – 5,5 СОЭ – 2мм/час

э- % п- % с- % л- % м- %

14.06.13Биохимия: СКФ –9,4 мл./мин., хол – 5,98тригл -1,39 ХСЛПВП -1,4 ХСЛПНП -1,4 Катер -3,2 мочевина –2,9 креатинин –86 бил общ – 13,5 бил пр –3,1 тим – 1,16 АСТ – 0,92 АЛТ – 1,04 ммоль/л;

14.06.13 ТТГ 1,3 Мме/л

### 14.06.13Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

### 18..06.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 18.03.13. ацеон отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.06 | 10,8 | 7,2 |  |  |
| 18.06 | 11,0 | 8,0 | 8,7 | 6,6 |
| 21.06 | 6,8 |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст.(NSS-4б NDS-3б).

Окулист: VIS OD=1, 0 OS=1,0 ; ВГД OD=22 OS=22

Гл. дно: Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость). Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

13.06.13ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная.

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

14.06.13РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

18.06.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,3см3; лев. д. V = 9,3см3

Эхоструктура нормальной эхоинтенсивности, диффузной неравномерная с мелкими фиброзными включениями, нескольких гидрофильных включений до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаки гиперплазии, изменений диффузного типа в паренхиме щит. железы. Совместный осмотр с и/о зав. отд Ермоленко В.А., нач. мед Костиной Т.К. диагноз и лечения согласованы.

Лечение: Лантус, Эпайдра, диалипон турбо, актовегин, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован (за счет лабильного течения), уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 12ед., п/о-7 ед., п/у-9 ед., Лантус 7.00 – 17 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 5 мг веч. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. 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 Соловьюк А.О.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А.

Нач. мед. Костина Т.К.