#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1425

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

Год рождения: 1982

Место жительства: Приморский р-н, г. Приморск, Морская 70, кВ -12

Место работы: Приморский районный центр занятости, главный специалист юрист-консультант, инв Ш гр.

Находился на лечении с 04.11.13 по 15.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к. ХВН 1 ст. Миопия слабой степени ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма С-м вегетативной дисфункции. Астеноневротический с-м. НЦД по смешанному типу. ПМК 1-II ст. с митральной регургитацией. СН0. Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. гепатоз НФП 1 ст. Хронический простатит, фаза нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 5-7 кг за год, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая – 2006. Гипогликемические состояния до 1-2 р мес. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 26-28ед., п/о-12 ед., п/у- 16ед., Протафан НМ 22.00 – 16 ед. Гликемия –7,0-8,0 ммоль/л. НвАIс – 8,3 % от 18.09.13. Последнее стац. лечение в 2011г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.11.13Общ. ан. крови Нв –178 г/л эритр – 5,2 лейк –5,6 СОЭ – 3 мм/час

э-1 % п- 1% с- 68% л-26 % м-4 %

11.11.13Общ. ан. крови Нв –160 г/л эритр – 4,8 лейк –3,7 СОЭ – 4 мм/час

э-1 % п- 1% с- 68% л-26 % м-4 %

05.11.13Биохимия: СКФ –130 мл./мин., хол –5,5 тригл -1,06 ХСЛПВП -1,57 ХСЛПНП -3,4 Катер -2,5 мочевина –4,6 креатинин –89 бил общ –10,2 бил пр –2,3 тим –1,5 АСТ –0,36 АЛТ –1,04 ммоль/л;

05.11.13Анализ крови на RW- отр

08.11.13НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

### 05.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

08.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

06.11.13Суточная глюкозурия –1,85 %; Суточная протеинурия – отр

##### 08.11.13Микроальбуминурия – 241мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.11 | 9,7 | 13,2 | 3,1 | 10,2 | 10,0 |
| 07.11 | 13,5 | 12,5 | 5,7 | 4,0 | 5,5 |
| 08.11 2.00-5,7 |  |  |  |  |  |
| 10.11 | 11,1 | 11,8 | 5,0 | 6,0 |  |
| 12.11 2.00-5,2 | 11,2 | 10,9 | 16,8 | 7,7 | 11,6 |
| 14.11 2.00-6,1 | 7,5 | 8,9 | 5,5 | 6,4 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма С-м вегетативной дисфункции. Астеноневротический с-м.

Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,3 ; ВГД OD= OS=

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

ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полугоризонтальная. Единичная желудочковая экстрасистолия. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: НЦД по смешанному типу. ПМК 1-II ст. с митральной регургитацией. СН0.

Осмотр доцента Никифорова О.А. : Хронический простатит, фаза нестойкой ремиссии.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. гепатоз НФП 1 ст.

Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева 1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

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

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, солкосерил, актовегин, диалипон, армадин.

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, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-26-28 ед., п/о-8-10 ед., п/у-11-12 ед., Протафан НМ 22.00 20-22 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная госпитализация в эндокриндиспансер для побора инсулинотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
7. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, Л эсфаль 5,0 в/в струйно №10, затем укрлив 250 мг 1т 2р/д – 1 мес. контр печеночных проб после лечения, повторный осмотр.
8. Б/л серия. АГВ № 234121 с 04.11.13 по 15.11.13. К труду 16.11.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.