#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1263

##### Ф.И.О: Кривицкий Артем Юрьевич

Год рождения: 1987

Место жительства: Запорожье, Космическая 102-10

Место работы: инв II гр. детства

Находился на лечении с 04.10.13 по 18.10.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, субкомпенсация. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, начальные проявления. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Резедуальная энцефалопатия, когнитивный дефицит. Моторная афазия. Ликворно-гипертензионный с-м.

Жалобы при поступлении со слов матери на: боли в правом плечевом суставе, повышение утреней гликемии, усталость, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания диетотерапия, инсулинотерапия с 05.2011 (Актрапид НМ, Протафан НМ). С 2011 – переведен на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 6-7ед., п/о-7-8 ед., п/у-6-7 ед., Левемир 22.00 32-34 ед. Гликемия 4,0-6,4-12,2 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.10.13Общ. ан. крови Нв – 159г/л эритр – 5,0 лейк –4,1 СОЭ – 5 мм/час

э- 1% п- 2% с-61 % л- 31 % м-5 %

07.10.13Биохимия: СКФ –89 мл./мин., хол –3,86 тригл -1,52 ХСЛПВП -1,40 ХСЛПНП – 1,77Катер – 1,76мочевина –4,9 креатинин –77 бил общ – 12,5 бил пр – 3,0 тим – 3,1 АСТ – 0,36 АЛТ –0,59 ммоль/л;

10.10.13Глик. гемоглобин – 6,7%

### 11.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед;

07.10.13Суточная глюкозурия – 0,41 %; Суточная протеинурия – отр

##### 11.10.13Микроальбуминурия –52,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.10 | 7,4 | 4,0 | 6,1 | 7,6 |  |
| 12.10 | 9,0 | 8,2 | 5,6 | 5,5 |  |
| 15.10 | 9,9 |  | 10,4 | 4,5 |  |
| 17.10 | 6,6 | 4,2 | 7,9 | 3,3 |  |
| 18.10 | 6,0 | 6,9 | 3,6 |  |  |

15.10.13-18.10.13 Суточное мониторирование глюкозы: у больного отмечается гипогликемия легкой степени после введения инсулина короткого действия п/3, п/у через 1 час после приема пищи. Рекомендовано снизить дозу инсулина, коррекция питания.

Невропатолог: Резедуальная энцефалопатия, когнитивный дефицит. Моторная афазия. Ликворно-гипертензионный с-м. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, начальные проявления.

Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7

Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. С-м укороченного РQ.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1 см3; лев. д. V = 4,1 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, тиогамма, церебролизин, актовегин, нейрорубин

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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: Новорапид п/з-6-7 ед., п/о7-8- ед., п/у-6-7 ед., Левемир 22.00 32-34 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. С мамой больного проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена 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.