#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1355

##### Ф.И.О: Браун Константин Александрович

Год рождения: 1973

Место жительства: Энергодар, Комсомольская 11/40

Место работы: н/р

Находился на лечении с 21.10.13 по 30.10.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,средней тяжести, субкомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к в/к II- Ш, болевая форма. Амиотрофический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Эмоционально-лабильное расстройство соматогенно обусловленное Метаболическая кардиомиопатия. Синусовая тахикардия СН 0-1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 4-6 кг за год, ухудшение зрения, выраженные боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (подбор инсулина проводился в Италии). Инсулином обеспечен во время пребывания в Италии ( со слов больного). В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 6-7ед., п/о-6-7 ед., п/у-7 ед., Лантус 21.00 – 11 ед. Гликемия –2,9-13,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в спец. энд. отд. в Италии со слов больного 05.2013г. Во время стац лечения ( со слов больного) назначен с целью купирования болевого с-ма (диабетическая полинейропатия н/к в/к II- Ш, болевая форма) пластырь Дюрогезик – анальгезирующие (наркотическое) вещество. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.10.13Общ. ан. крови Нв –157 г/л эритр –4,9 лейк –8,0 СОЭ –2 мм/час

э-12 % п- 1% с-50 % л- 32 % м- 5%

22.10.13Биохимия: СКФ – 80,7мл./мин., хол –4,3 тригл – 1,24ХСЛПВП -0,98 ХСЛПНП – 2,75Катер -3,4 мочевина –2,8 креатинин – 96 бил общ –10,2 бил пр –2,5 тим – 0,96 АСТ –0,39 АЛТ –0,32 ммоль/л;

22.10.13Глик. гемоглобин – 7,7%

21.10.13 Амилаза – 18,8

21.10.13Гемогл – 151 ; гематокр – 0,48 ; общ. белок – 68,4 г/л; К – 4,5 ; Nа – 147 ммоль/л

21.10.13Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 83,3 %; фибр – 4,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 88%; св. гепарин – 8\*10-4

### 21.10.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

22.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.10 |  | 15.00-6,7 | 5,5 | 8,7 |
| 22.10 | 7,7 |  |  |  |
| 23.10 | 8,2 |  |  |  |
| 24.10 | 7,4 | 8,1 | 6,9 | 6,1 |
| 29.10 |  |  | 3,5 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к в/к II- Ш, болевая форма. Амиотрофический с-м.

Окулист: VIS OD= 0,2 OS=0,2

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

ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

29.10ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

30.10.13 – пять стимуляционных проб.: ДАНС

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. Синусовая тахикардия СН 0-1.

22.10.13Психиатр: Эмоционально-лабильное расстройство соматогенно обусловленное.

25.10.13 Проктолог: данных за кровотечение на момент осмотра нет.

25.10.13 Нарколог: Наркопатологии нет.

Ангиохирург: на момент осмотра данных за оклюзирующую патологию нет.

Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Лечение: Эпайдра, Лантус нейрорубин, кеталонг, актовегин, мильгамма, нуклео ЦМФ, Лирика, никотиновая к-та, золофт, сибазон, диклофенак, димедрол, аналгин, тиогамма, медитан, афобазол.

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больному рекомендовано продолжить терапию Лантусом, Эпайдрой. СД компенсирован, уровень гликемии 3,5 моль/л в 16.00 29.10 .13 связан с нарушение диетотерапии, от повторного контроля гликемии отказался. Сохраняются боли в н/к, больной психоэмоционально лабильный, раздражительный. АД 130/70мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9,
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 7-8ед., п/о- 6ед., п/у-7-8 ед., Лантус 22.00 11 – 12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т 3р/д 1 мес., ивабрадин 7,5 мг 2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. Повторный осмотр кардиолога по м/ж.
8. Рек. невропатолога: медитан 300мг веч, увеличение дозы каждые 2-3 дня + 300 мг до поддерживающей амбулаторно, актовегин по 1т 3р/д 1 мес, тиогамма 1200 мг/сут 1 мес, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней золофт 50 мг по 1т/сут длительно. ЭНМГ амбулаторно. «Д» наблюдение невропатолога по м/ж. По настоянию больного конс. нарколога по м/ж. Отменить НПВС.
9. Рек. проктолога: фиброколоноскопия, ирригоскопия. РЭА, СА 72 – 4 повторный осмотр проктолога ( в энд диспансере отказался).
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Рек. хирурга: УЗИ артерий н/к по м/ж ( в энд диспансере отказался)
12. 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.
13. Направлеяется на ВКК по м/ж для решения вопроса о направлении на МСЭК

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.