#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1068

##### Ф.И.О: Рябец Николай Владимирович

Год рождения: 1991

Место жительства: Новониколаевский р-н, пгт Н-Николаевка, Магистральная 7-92

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 22.08.13 по 03 .09.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая энцефалопатия I. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, начальные проявления. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия. ХБП I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ВБН с венозно-ликворной дисфункцией на фоне ДДПП ШОП. Астено-вегетативный с-м. НЦД по смешанному типу.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 5 кг за 3 мес, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния во 2 половине дня 1 р/нед, обусловлены физ. нагрузкой, дрожь в руках, ногах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10д., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Лантус 22.00 – 18 ед. Гликемия –3,2-20,0 ммоль/л. НвАIс – 8,3 % от 08.07.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 6 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.08.13Общ. ан. крови Нв – 150 г/л эритр –4,5 лейк –4,5 СОЭ –12 мм/час

э- 1% п-2 % с-62 % л- 29 % м-6 %

23.08.13Биохимия: СКФ –192 мл./мин., хол –3,0 тригл -1,45 ХСЛПВП -1,36 ХСЛПНП -0,98 Катер -1,2 мочевина –3,4 креатинин –64 бил общ –98 бил пр –2,4 тим – 1,8 АСТ –0,24 АЛТ –0,41 ммоль/л;

### 23.08.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-4 в п/зр белок – 0,026 ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

28.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2000 эритр - белок – отр

30.08.13Суточная глюкозурия – 3,77 %; Суточная протеинурия – отр

##### 30.08.13Микроальбуминурия – 21,9мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  Профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.08 | 7,8 | 7,6 | 5,9 | 8,1 |
| 26.08 |  | 9,9 | 5,7 | 9,2 |
| 27.08 2,00-10,3 |  |  |  |  |
| 28.08 | 8,4 |  |  |  |
| 29.08 | 5,7 | 9,7 | 5,0 | 10,0 |
| 02.09 |  | 6,9 |  | 5,1 |

Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I, ВБН с венозно-ликворной дисфункцией на фоне ДДПП ШОП. Астено-вегетативный с-м. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, начальные проявления

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 19 OS=19

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

22.08.13ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. С-м ранней реполяризации желудочков.

Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

23813РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов снижен. Венозный отток сохранен.

30.8.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V =5,8 см3

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, берлитион, актовегин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 10-12ед., п/о- 10-12ед., п/у- 10-12ед., Лантус 22.00 18-20 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. Рек. кардиолога: тиотриазолин 200мг \*3р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
7. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: нормовен 2т утром до 1 мес, ноофен 1т/3р/д до 1 мес.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 6 мес. УЗИ контроль 1р. в год.
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.