|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 447

##### Ф.И.О: Иващенко Игорь Григорьевич

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Запорожье, ул. Радио 26-16

Место работы: игв III гр.

Находился на лечении с 24.03.13 по 08.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХПН 0. Диффузный зоб IIст. Эутириоидное состояние.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в различное время суток, онемение рук, снижение чувствительности стоп, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., вздутие живота, пекущие боли в подошвенной части стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (Актрапид НМ, Протафан НМ). В 2007 г в связи с гипогликемическими состояниями переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10-12ед., п/о-14-16 ед., п/у12-14- ед., Лантус 22.00 22 ед.

Гликемия –3,7-8 ммоль/л. НвАIс – 7,5 %(12.2012). Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.03.13Общ. ан. крови Нв – 172 г/л эритр –5,1 лейк –6,3 СОЭ –8 мм/час

э- 0% п- 5% с- 63% л- 25 % м- 7%

27.03.13Биохимия: СКФ –99,4 мл./мин., хол –4,80 тригл -1,10 ХСЛПВП -1,94 ХСЛПНП -2,36 Катер -1,47 мочевина –5,5 креатинин –99,6 бил общ –12,9 бил пр –4,1 тим –1,4 АСТ –0,10 АЛТ –0,51 ммоль/л;

### 27.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед в п/зр

01.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

28.03.13Суточная глюкозурия –034 %; Суточная протеинурия – отр

##### 29.0303.13Микроальбуминурия –46,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.03 | 8,9 | 6,1 | 8,9 | 6,6 | 5,7 |
| 31.03 | 5,6 | 13,6 | 9,9 | 3,1 |  |
| 04.04 | 3,9 | 5,5 | 3,2 | 5,1 | 3,4 |
| 05.04 02.00-6,5 |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, стационарное течение.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD=20 OS=20

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.03.13ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.03.13РВГ: Нарушение кровообращения справа II-III ст., слева III , тонус сосудов N.

29.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

27.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,2 см3; лев. д. V = 8,7см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура однородные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиоктацид, нейрорубин, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям 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: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о- 14-16ед., п/у- 12-13ед., Лантус 22.00 22-24 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 утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ, АТ-ТПО 1р. в год.
8. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В