|  |
| --- |
| 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 № 293

##### Ф.И.О: Сердюк Игорь Владимирович

Год рождения: 1980

Место жительства: г. Энергодар, ул. Курчатова 16/72

Место работы: ЗОШ №7 сторож инв. III гр.

Находился на лечении с 25 .02.13 по 12.03.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диабетическая нефропатия IIIст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хр. вирусный гепатит В. ДДПП на шейном уровне (остеохондроз), ВБА слева и с-м ПА, частичный синдром Горнера слева, вертеброгенного генеза.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, гипогликемические состояния во второй половине дня 1-3 раза в неделю, ухудшение зрения, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, частые гипогликемические состояния. Гипогликемические кома в 2009г. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранние принмал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, с 2009 в условиях ОКЭД переведен на Новорапид, Левемир.В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12ед., п/о- 6-8ед., п/у- 4-6ед., Левемир 22.00 – 16ед.Гликемия – 2,3-11,0ммоль/л. НвАIс – 9,4 % (3.12.12). Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 4лет. В 2001 выявлен гепатит В, наблюдается в гепатоцентре. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

26.02.13Общ. ан. крови Нв – 163г/л эритр –5,1 лейк –4,6 СОЭ – 3 мм/час

э- 7% п-3 % с-63 % л- 14 % м-13 %

26.02.13Биохимия: СКФ –120,1 мл./мин., хол –4,81 тригл -1,19 ХСЛПВП -1,28 ХСЛПНП -2,99 Катер -2,75 мочевина –6,5 креатинин –79,5 бил общ –12,7 бил пр –4,1 тим –1,0 АСТ –0,12 АЛТ –0,33 ммоль/л;

26.02.13Глик. гемоглобин -9,1 %

26.02.13Анализ крови на RW- отр

### 26.02.13Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк –5-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед в п/з ; эпит. перех. –кд в п/з

28.02.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр -0 белок – отр

27.02.13Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 27.02.13Микроальбуминурия – 162,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.02 | 5,7 | 7,7 | 7,4 | 7,6 |  |
| 01.03 (2.03.13 2.00-7,0) | 12,4 | 10,4 | 4,3 | 10,1 |  |
| 4.03 | 7,4 | 7,8 | 6,8 | 3,9 |  |
| 5.03 |  |  |  | 14,3 |  |
| 07.03 |  |  |  | 6,6 |  |
| 10.03 | 7,4 | 5,4 | 10,2 | 4,4 |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. ДДПП на шейном уровне (остеохондроз), ВБА слева и с-м ПА, частичный синдром Горнера слева, вертеброгенного генеза.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 18 OS=19

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

25.02.13ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

26.02.13РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

27.02.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диабетической ангиопатии артерий н/к. Эхографических признаков структурных изменений и внутрипросветных образований не выявлено.

11.03.13 дупл сканирование брахиоцефальных артерий: заключение: кровоток по сонным артерия достаточный, симметричность сохранена. Признаки экстравазальных влияний в канале поперечных отростков шейных позвонков на гемодинамику позвоночных артерий, больше левой доли ПА с усилением при позиционных пробах – поворотах головы в стороны. Вертебральная асимметрия в V3-V4 27% .Венозная дисгемия в системе ПВС. Признаки неравномерной ВЧГ больше в лобных отделах.

Лечение: Новорапид НМ, Левемир, эспа-липон, витаксон, тивортин, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст. Гипогликемические состояния реже.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид НМ п/з- 12-14ед., п/о- 4-6ед., п/у- 4-6ед., Левемир НМ 22.00 15-17ед.
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 (курсами). Контр. АД. МА
7. Эспа-липон 600 мг/сут. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: Вазокет 600 1т\*сутки до 1 месяца, бетасерк 24мг\*2раза /сутки до 3 месяцев , армадин 2.0 в/м №10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней. Дообследование КТ (МРТ) ШОП. Наблюдение невропатолога по м/ж .
9. Консультация в гепатоцентре.
10. 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.
11. Б/л с. АБЖ № 503784 с 25.02.13 по 12.03.13. К труду 13.03.13г.

##### Леч. врач Гура Э.Ю

Зав. отд. Фещук И.А.

Начмед Костина Т.К.