#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 982

##### Ф.И.О: Бреславец Александр Васильевич

Год рождения: 1985

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Комсомольская 21-123

Место работы: ООО «Квадро», экспедитор инв Ш гр.

Находился на лечении с 11.08.14 по 02.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки OS. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. НЦД по смешанному типу.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, головные боли, болит в коленных суставах, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2013 переведен на Генсулин R, Генсулин Н. В наст. время принимает: Генсулин R п/з- 16ед., п/о- 16ед., п/у-10 ед., Генсулин Н 22.00 – 32 ед. Гликемия –10,0-8,0-7,0 ммоль/л. НвАIс – 8,0 % от 11.2013 . Последнее стац. лечение в 2013г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.08.14 Общ. ан. крови Нв –178 г/л эритр – 5,4 лейк –4,6 СОЭ 7– мм/час

э- 1% п-1 % с- 43% л- 46 % м- 9%

18.08.14 Нв – 155 г/л

12.08.14 Биохимия: СКФ –79,56 мл./мин., хол –4,6 тригл -1,45 ХСЛПВП -1,13 ХСЛПНП -2,81 Катер -3,0 мочевина –9,6 креатинин –104 бил общ –9,2 бил пр –2,3 тим –1,5 АСТ – 0,50 АЛТ –0,31 ммоль/л;

18.08.14 Биохимия: СКФ 80,7– мл./мин., мочевина –9,9 креатинин – 120 0,27 АЛТ –0,52 ммоль/л;

01.09.14 мочевина –5,8 креатинин –91 мкмоль/л

12.08.14 Анализ крови на RW- отр

### 12.08.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

14.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500эритр - белок – отр

13.08.14 Суточная глюкозурия – 4,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.08.14 Микроальбуминурия –181,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.08 | 10,5 | 12,6 | 3,9 | 15,5 | 13,2 |
| 15.08 | 12,5 | 11,7 | 4,2 | 9,2 |  |
| 17.08 2.00-11,1 | 19,7 | 12,3 | 3,0 | 7,2 |  |
| 19.08 | 17,1 | 18,4 | 3,0 | 8,4 | 5,1 |
| 21.08 2.00-8,9 |  |  |  |  | 12,4 |
| 23.08 | 15,4 | 13,1 | 8,8 | 4,2 |  |
| 25.08 | 10,5 | 12,5 | 12,0 | 8,6 |  |
| 27.08 | 12,4 | 10,7 | 4,8 | 14,3 |  |
| 28.08 2.00-8,0 | 8,9 | 12,1 |  |  |  |
| 31.08 2.0 -9,8 | 9,4 |  | 11,3 | 9,8 |  |
| 01.09 | 4,3 | 5,4 |  | 10,4 |  |

21.08Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма.

Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,9

Единичные микроаневризмы, лазеркоагулянты в OS. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки OS. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

12.08ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

12.08Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.08РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

12.08Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева – 1,1. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

21.08УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки.

11.08УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0 см3; лев. д. V = 5,1 см3

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

Лечение: Генсулин R, Генсулин Н, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, омега 3, берлитион, витаксон, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Инсуман Базал, Инсуман Рапид.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид.п/з-18-20 ед., п/о-10-12 ед., п/уж -9-11 ед., Инсуман Базал 22.00 36-37 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес. Контр ОАК.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.
4. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
5. Б/л серия. АГВ № 234532 с 11.08.14 по 02.09.14. К труду 03.09.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.