#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1098

##### Ф.И.О: Клименко Олег Григорьевич

Год рождения: 1988

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск, ул. Кирова 12

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.09.14 по 16.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и ацетонурии, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст., солевой диатез. Диаб. ангиопатия артерий н/к II-Ш ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП ШОП. С-м венозно-ликворной дисфункции. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ПМК 1 ст. СНО. Хронический гепатоз. Нарушение функции печени 1 ст.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1994г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая 1996. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2004 переведен на Лантус, Новорапид. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о-10 ед., п/у- 10ед., Лантус 22.00 – 30 ед. Гликемия –6,1-8,0 ммоль/л. НвАIс – 9,7 % от 03.09.14 . Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.09.14 Общ. ан. крови Нв – 143 г/л эритр –4,4 лейк – 5,3 СОЭ – 3 мм/час

э- 2% п- 1% с-67 % л- 27 % м-3 %

09.09.14 Биохимия: СКФ –6,9 мл./мин., хол –5,9 тригл -1,9ХСЛПВП -1,9 ХСЛПНП -3,13 Катер -2,1 мочевина –5,9 креатинин –121 бил общ –9,0 бил пр –2,2 тим –2,2 АСТ – 0,70 АЛТ – 0,73 ммоль/л;

12.09.14 Биохимия: СКФ –90,71 мл./мин., мочевина –7,0 креатинин –92 бил общ –9,4 бил пр –2,3 тим –1,3 АСТ – 0,65 АЛТ – 0,87 ммоль/л;

15.09.14 Биохимия: бил общ –9,2 бил пр –2,1 тим –1,3 АСТ –0,27 АЛТ –0,31 ммоль/л;

### 09.09.14 Общ. ан. мочи уд вес м\м лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 11.09.14 ацетон - отр

11.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - 250 белок – отр

10.09.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 11.09.14 Микроальбуминурия – 51,8мг/сут

Маркеры вирусного гепатита В , С сданы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.09 | 4,4 | 5,6 | 4,9 | 4,3 |
| 11.09 | 3,7 | 5,3 | 5,0 | 6,1 |
| 15.09 | 6,1 | 4,3 |  |  |

10.09.Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП ШОП. С-м венозно-ликворной дисфункции.

08.09.Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,7

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

10.09Кардиолог: ПМК 1 ст. СНО.

09.09Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II-Ш ст.

12.09Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, Солевой диатез.

12.09Гастроэнтеролог: Хронический гепатоз. Нарушение функции печени 1 ст.

10.09.14Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий н/к: прилагается.

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

08.09.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9 см3; лев. д. V = 5,9 см3

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

Лечение: атаксил, фестал, нейровитан, берлитион, Лантус, Новорапид, реосорбилакт.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о-9-11 ед., п/уж – 9-1ед., Лантус 22.00 26-28 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога:. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейробион 1т./сут.,
5. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, диакарб 1т утр натощак 1р 3 дня № 6-8, в деь приема аспаркам 1т 3р\д, нормовен 2т утр 1 мес, массаж ШВЗ № 10. Электрофорез с эуфилином на воротниковую зону № 10.
6. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д..
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, ливасил (ливонорм) по 1 к 2р\д 1 мес, урсолив 1 кап на ночь 1 ме. Дообследование маркеры вирусного гепатита, контр печеночных проб после лечения.
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 Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.