#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 891

##### Ф.И.О: Кузнирский Иван Михайлович

Год рождения: 1995

Место жительства: г. Запорожье, ул. Военстрой 100-5

Место работы: н/р

Находился на лечении с 16.07.14 по 24.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, частые гипогликемические состояния,.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 12ед., п/о- 12ед., п/у-12 ед., Лантус 22.00 – 30 ед. Гликемия –3,5-6,0-7,0 ммоль/л. НвАIс -9,1 % от 22.04.14. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.07.14 Общ. ан. крови Нв – 190 г/л эритр –5,7 лейк 5,5 СОЭ –2 мм/час

э- 0% п- 1% с- 60% л- 32 % м- 7%

23.07.14 Общ. ан. крови Нв – 184 г/л эритр –5,5

17.07.14 Биохимия: СКФ –115 мл./мин., хол –4,03 тригл -1,61 ХСЛПВП – 1,17ХСЛПНП – 2,12Катер -2,4 мочевина –4,8 креатинин –87 бил общ – 15,2 бил пр –3,8 тим – 1,38 АСТ – 0,13 АЛТ –0,22 ммоль/л;

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

18.07.14 Суточная глюкозурия – 3,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 18.07.14 Микроальбуминурия – 60,7мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.07 | 9,5 | 13,5 | 10,2 | 4,5 |
| 20.07 | 7,1 | 13,8 | 8,6 | 9,7 |
| 22.07 | 5,1 | 6,9 | 7,8 | 7,5 |

18.07.14Невропатолог: Со стороны ЦНС и ПНС без органической патологии.

16.07Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Д-з: Оптические среды и глазное дно без особенностей.

16.07ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

16.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.07РВГ: Нарушение кровообращения справа –I, слева – норма, тонус сосудов N.

17.07Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева – 1,1. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

17.07УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,6 см3; лев. д. V = 5,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Эпайдра, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 110/70 мм рт. ст.

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: Эпайдра п/з- 18-20ед., п/о- 12-14ед., п/уж -10-12 ед., Лантус 22.00 30-32 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. 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.