#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1402

##### Ф.И.О: Дыбань Игорь Сергеевич

Год рождения: 1992

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Малоекатериновка, ул. Калинина 4

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 11.11.14 по 22.11.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, субклиническое течение, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ПМК СН 0.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, головные боли, снижение чувствительность в н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Нечипоренко НМ, Протафан НМ. С 2006 в условиях ОДБ переведен на Новорапид, Лантус. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 9ед., п/о- 9ед., п/у- 9ед., Лантус 22.00-34 ед. Гликемия –9-10,0 ммоль/л. НвАIс -10,4 % от12.09.14 . Последнее стац. лечение в 2013г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.11.14 Общ. ан. крови Нв – 147 г/л эритр –4,6 лейк – 9,9 СОЭ –3 мм/час

э- 4% п-0 % с- 63% л-25 % м- 8%

12.11.14 Биохимия: СКФ –87,50 мл./мин., хол –5,85 тригл -1,93 ХСЛПВП -1,66 ХСЛПНП -2,31 Катер -1,9 мочевина –6,0 креатинин –110,4 бил общ –15,5 бил пр –3,9 тим –1,3 АСТ – 0,74 АЛТ –0,34 ммоль/л;

19.11.14 АСТ – 0,46 АЛТ – 0,56

### 12.11.14 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. пл. – ум; эпит. перех. – ед в п/зр

С 13.11.14 ацетон – отр

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

14.11.14 Суточная глюкозурия – 2,08%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.11.14 Микроальбуминурия –45,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.11 | 6,1 | 5,1 | 8,3 | 6,6 |
| 17.11 | 6,8 | 9,2 | 10,5 |  |
| 18.11 | 2,5 | 6,1 |  |  |
| 19.11 | 5,7 |  | 3,0 | 4,1 |
| 21.11 |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

11.11.14Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.11.14ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

19.11.14Кардиолог: ПМК СН0.

21.11.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.11.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

13.11.14Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

11.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,1 см3; лев. д. V = 6,9 см3

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

Лечение: энтеросгель, реосорбилакт, Эспа-липон, витаксон, Новорапид, Лантус.

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-9-11 ед., п/о- 9-11ед., п/уж -9-11 ед., Лантус 22.00 32-34 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.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога:. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.
5. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
6. Рек. окулиста: слезавит 1т.\*1р/д.
7. 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.