#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1341

##### Ф.И.О: Кирилаш Ярослав Петрович

Год рождения: 1993

Место жительства: Куйбышеский р-н, с. Ланцево, ул. Ленина 10

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 02.10.15 по 12.11.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. НЦД по смешанному типу СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, гипогликемические состояния, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы- гипогликемическая ( в 12 лет. возрасте). С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2008г. в условиях ОДБ переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10-12ед., п/о- 10-12ед., п/у- 10-12ед., Эпайдра 22.00 36 ед. Гликемия –2,8-12,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 5-6 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.11.15 Общ. ан. крови Нв – 161,5 г/л эритр –4,8 лейк –4,8 СОЭ –6 мм/час

э- 0% п- 5% с-70 % л-19 % м-6 %

03.11.15 Биохимия: СКФ –98,37 мл./мин., хол –3,55 тригл -1,04 ХСЛПВП -1,90 ХСЛПНП -1,17 Катер -0,86 мочевина –4,0 креатинин –90 бил общ – 13,8 бил пр – 3,4 тим –1,2 АСТ –0,36 АЛТ – 0,22 ммоль/л;

03.11.15 Анализ крови на RW- отр

05.11.15 Глик гемоглобин - 8,5%

### 03.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1040 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

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

04.11.15 Суточная глюкозурия – 2,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.11.15 Микроальбуминурия –43,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.11 | 8,8 | 8,4 | 7,3 | 6,8 |
| 06.11 | 6,9 | 9,8 | 8,7 | 10,1 |
| 09.11 | 5,9 | 10,0 | 6,6 | 4,1 |
| 11.11 |  | 11,5 |  |  |
| 12.11 |  |  |  |  |

02.11.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

09.11.15Окулист: оптические среды прозрачны. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

02.11.15ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

09.11.15Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0.

04.11.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.11.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

11.11.15УЗИ: Заключение: диффузные изменения левой почки (диабетическая нефропатия?) Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

Лечение: Лантус, Эпайдра, эспалипон

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: Эпайдра п/з- 13-15ед., п/о-10-12 ед., п/уж -11-13 ед., Лантус 22.00 36-38 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: Тризипин 500 мг 2р\д 2-3 курса. Контр АД в динамике.. Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес.
9. Рек. невропатолога: тивортин 100 мл в/в кап № 10
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.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.