#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 575

##### Ф.И.О: Бородай Виктор Александрович

Год рождения: 1988

Место жительства: Бердянский р-н, с. Долинское, ул. Ленина 12

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 24.04.17 по 03.05.17 в диаб. отд. (повторно)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП 1, диабетическая нефропатия Ш ст.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г (с 4х летнего возраста). Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з-16 ед., п/о-16 ед., п/у-16 ед., Левемир 22.00 – 30 ед. Гликемия –11,8 ммоль/л. 20.04.17 переведен в хирургическое отд ЗОКБ. Дз «острый аппендицит». Выписан 24.04.17, вновь госпитализирован 24.04.17 в стационар ЗОЭД для дальнейшего проведения сосудистой терапии .

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 25.04 | 153 | 4,6 | 6,0 | 8 | 3 | 1 | 66 | 27 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.04 | 92,8 | 6,6 | 1,03 | 1,58 | 4,5 | 3,2 | 6,3 | 93,5 | 9,8 | 2,4 | 2,0 | 0,52 | 0,62 |

25.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - ед в п/зр

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

26.04.17 Суточная глюкозурия – 2,4%; Суточная протеинурия – отр

27.04.17 Микроальбуминурия – 68,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.04 | 7,1 | 8,6 | 12,2 | 4,5 |
| 01.05 | 4,9 | 4,6 | 6,7 | 8,0 |

25.04.17 :Хирург Диаб. ангиопатия артерий н/к. 1 ст

27.04.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов впочках.

18.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,4 см3; лев. д. V =6,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир диалипон, кокарнит.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, АД 120/80 мм рт. ст. больной уехал домой 02.05.17. Гликированный гемоглобин не определен.

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- 16ед., п/о-16 ед., п/уж - 16ед., Левемир 22.00 30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Опередить ТТГ, АТТПО по м\ж
8. 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 Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В