#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 411

##### Ф.И.О: Шмиляк Сергей Васильевич

Год рождения: 1978

Место жительства: Приазовский р-н, пгт Приазовское., ул. Пушкина 21 кв 14

Место работы: н/р, инв IIгр.

Находился на лечении с 25.03.14 по 09.04.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия I, астеновегетативный с-м. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.Аутоиммуный тиреоидит без увеличения объема щитовидной железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, колющие боли в сердце, периодические отеки голеней стоп, учащение гипогликемических состояний последний месяц, тяжелые гипогликемии с вызовом бригады СМП (20.03, 16.03.14) вводилась глюкоза 40% в/в стр.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемические – 2010, неоднократно в течении последнего месяца (16.03. и 20.03.14.) в связи с чем больной уменьшил дозу инсулинотерапии. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-16-18(10) ед., п/о-6-8(4-6) ед., п/у-6(0) ед., Протафан НМ 22.00 36 (10) ед.

В скобках указаны уменьшенные дозы инсулина. Гликемия –2,2-19,8 ммоль/л. Снижение гликемии связно с употреблением в большом количестве НПВС ( анальгин). НвАIс - 9,5% от 01.2014 . Последнее стац. лечение в 11.2013г. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает Эналаприл 10 мг/сут. АИТ с 2012 АТТПО – 1285 МЕ/мл, АТТГ – 62,2 ТТГ – 5,7. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

26.03.14 Общ. ан. крови Нв –126 г/л эритр – 3,9 лейк – 6,8 СОЭ –7 мм/час

э- 6% п-0 % с- 56% л- 31% м- 7%

26.03.14 Биохимия: СКФ –103 мл./мин., хол –4,0 тригл -1,58 ХСЛПВП -0,49 ХСЛПНП -2,79 Катер -7,1 мочевина –3,6 креатинин –100 бил общ –12,4 бил пр –3,1 тим –1,8 АСТ –0,14 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

28.03.14ТТГ – 3,3 (0,3-4,0) Мме/л

### 26.03.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

02.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

28.03.14 Суточная глюкозурия –5,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 28.03.14 Микроальбуминурия –81,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.03 |  |  | 3,6 | 9,1 | 12,4 |
| 26.03 | 4,6 | 3,7 | 14,4 | 19,8 |  |
| 28.03 2.00-10,9 | 11,5 | 12,0 |  |  |  |
| 30.03 | 3,5 |  | 15,4 |  |  |
| 01.04 | 13,0 | 9,2 | 21,6 | 11,7 | 15,3 |
| 02.04 2.00-11,1 | 12,4 |  |  | 8,0 | 9,4 |
| 04.04 | 10,7 | 9,8 | 12,9 | 9,6 |  |
| 05.04 |  |  | 10,2 |  |  |
| 06.04 | 10,2 | 11,2 | 13,5 | 10,3 |  |
| 07.04 | 11,4 | 12,1 | 6,3 | 4,9 |  |
| 08.04 | 7,9 | 8,6 |  |  |  |

01.04Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия I, астеновегетативный с-м.

26.03Окулист: VIS OD=0,3 OS= 0,2

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

25.03 ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось резко отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНАГ. Неполная блокада ПНПГ.

02.04Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

26.03Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

26.03РВГ: Нарушение кровообращения справа –I., слева – норма, тонус сосудов N.

25.03.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,7 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: гептрал, Актрапид НМ, Протафан НМ, эналаприл, бисопролол, тиогамма турбо, нейрорубин, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, гипогликемические состояние не отмечаются, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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: Актрапид НМ п/з-14-16 ед., п/о-14-16 ед., п/у-10-12 ед., Протафан НМ 22.00 26-28 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. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг \*2р/д.Контроль АД, ЭКГ.
3. Бисопролол 2,5 мг утром. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.,
5. Рек. невропатолога: Луцетам 15,0 в/в № 10.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр. ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек. окулиста: окювайт комплит 1 т 1/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.