#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1148

##### Ф.И.О: Щербина Александр Иванович

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Энергодар ул. Комсомольская 105-76

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 23.09.15 по 13.10.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Смешанный зоб 1 ст, Узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия. СН 0.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-30 ед., п/о- 10ед., п/у- 6ед., Фармасулин НNР 22.00 – 38 ед. Гликемия –4,7-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Узловой зоб с 2013. ТТГ – 2,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 48,1(0-30) МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.09.15 Общ. ан. крови Нв – 156 г/л эритр – 4,7 лейк – 7,5 СОЭ – 4 мм/час

э- 1% п-1 % с- 63% л- 33 % м-2 %

24.09.15 Биохимия: СКФ –117 мл./мин., хол – 4,4тригл – 0,82 ХСЛПВП -1,37 ХСЛПНП -2,65 Катер -2,2 мочевина –2,8 креатинин – 97,2 бил общ –17,8 бил пр –4,3 тим –3,0 АСТ – 0,21 АЛТ –0,45 ммоль/л;

26.09.15ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

25.09.15 глик гемоглобин – 9,7 %, кальцитонин <2,0 пг/мл (<8,4)

### 24.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

25.09.15 Суточная глюкозурия – 2,9 %; Суточная протеинурия – отр

##### 26.09.15 Микроальбуминурия –256 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.09 | 12,6 | 7,1 | 8,3 | 13,1 |  |
| 28.09 | 15,2 | 14,7 | 3,3 | 15,1 | 16,7 |
| 30.09 2.00-11,0 | 14,6 | 12,0 | 13,2 | 7,6 |  |
| 02.10 2.00-14,7 | 10,9 | 11,3 |  |  |  |
| 04.10 | 9,9 | 13,1 | 6,2 | 6,9 | 4,3 |
| 05.10 | 12,4 | 2,7 |  | 14,9 | 10,7 |
| 06.10 2.00-9,1 | 11,0 | 13,6 | 9,0 | 9,1 |  |
| 07.10 | 2,5 | 8,1 | 3,1 | 11,7 |  |
| 08.10 2.00-5,0 | 10,6 | 10,2 | 11,9 | 17,5 |  |
| 10.10 | 5,9 | 10,9 | 7,8 | 10,5 |  |
| 11.10 | 6,8 | 6,2 | 10,3 | 16,7 |  |
| 12.10 |  |  | 7,2 | 9,7 |  |

23.09.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

22.09.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

28.09.15ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

28.09.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0

25.09.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.09.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

24.09.15Допплерография: ЛПИ справа –1,25 , ЛПИ слева –1,2 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

23.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,2 см3; лев. д. V =10,9 см3

Перешеек – 0,33см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, в целом однородная. В лев. доле у перешейка гидрофильный узел 0,8\*0,5 см. с четкими ровными контурами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Узел левой доли.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Актрапид НМ, Протафан НМ, Левемир, Новорапид, индапрес, берлитион, солкосерил, витаксон,

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Левемир, Новорапид, тяжесть диабета со «средней» изменена на «тяжелую». СД компенсирован, гипогликемические состояния не наблюдаются уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Новорапид п/з 22-24 ед., п/о- 5-7ед., п/уж 6-8 ед., Левемир 22.00 28-30 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. Индапрес 2,5 мг ½ т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
3. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
4. ТАПБ узлов щит. железы с последующей конс. эндокринолога. УЗИ щит. железы 2р. в год. Контр ТТГ, кальцитонин 1р в год. Йодомарин 200 мкг/сут 6 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.