#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1230

##### Ф.И.О: Шмиляк Сергей Васильевич

Год рождения: 1978

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

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 09.10.15 по 19.10.15 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. Миопия ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цефалгический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, субклинический гипотиреоз.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 6 кг за пол год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ). С 2014 в связи с лабильным течением заболевания, переведен на Эпайдра Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14 ед., п/о-6-8 ед., п/у-6-4 ед., Лантус 22.00-24ед. Гликемия –9,0 ммоль/л. НвАIс – 8,5 % от 10.2014. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает энап 10 мг утром. АИТ с 2012, ТТГ – 3,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –1285 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.10.15 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,4 лейк –5,5 СОЭ –4 мм/час

э-1 % п- 0% с- 58% л- 36% м- 5%

12.10.15 Биохимия: СКФ –118 мл./мин., хол –4,72 тригл -1,04 ХСЛПВП -1,76 ХСЛПНП -2,48 Катер -1,7 мочевина –2,6 креатинин – 82,8 бил общ –11,5 бил пр –2,8 тим –0,19 АСТ –0,19 АЛТ – 0,86 ммоль/л;

16.10.15 АСТ – 0,26 АЛТ – 0,50 ммоль/л;

16.1.015 ТТГ –6,6 (0,3-4,0) Мме/мл

### 13.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1038 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

12.10.15 Суточная глюкозурия – 2,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.10.15 Микроальбуминурия – 69,3мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.10 | 3,9 | 5,7 | 11,7 | 4,4 |  |
| 14.10 | 11,6 | 7,9 | 6,8 | 11,2 | 8,0 |
| 15.10 | 5,7 |  | 6,1 | 8,0 |  |
| 17.10 | 6,3 | 7,8 | 9,9 | 4,6 | 6,3 |
| 18.10 2.00-6,2 | 5,2 |  |  |  |  |

09.10.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цефалгический с-м.

09.10.15Окулист: VIS OD= 0,2OS= 0,2

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

09.10.15ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

09.10.15 ФГ ОГК№ 90329: без патологии.

12.10.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.10.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

19.10.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,7 см3; лев. д. V = см3

Щит. железа несколько больше нормы, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 ст. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: энап, Эпайдра, Лантус, тиогамма, актовегин, луцетам, витаксон, суприлекс.

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- 14-16ед., п/о-6-8 ед., п/уж -6-8 ед., 20.00 1-2 ед (при дополнительном перекусе)

Лантус 22.00 24-26 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: суприлекс 1т \*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Эналаприл ( энап) 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Св Т4 ч/з 2 мес с повторной конс. эндокринолога о решения вопроса о назначении L-тироксина.
6. 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.