#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 947

##### Ф.И.О: Курницкий Владислав Сергеевич

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Запорожье б. Шевченко, 27-5

Место работы: УДПтС, специалист, инв II гр с детства.

Находился на лечении с 09.08.16 по 23.08.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ с астигматическим компонентом ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Субклинический гипотиреоз, впервые выявлений. НЦД по смешанному типу СН 1. Полиноз: риноконьюктивит

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, 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 2004г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы – при выявлении СД в 2004. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан. В 2007 в связи с лабильностью заболевания, гипогликемическими состояниями переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 14ед., п/о-13 ед., п/у-15 ед., Лантус п/з 45 ед. Гликемия –3,0-12 ммоль/л. НвАIс -7,7 % от07.2016. Последнее стац. лечение в 2014г. С 05.08.16 обострился поллиноз, в связи с чем самостоятельно принимал в течении 3 дней дексаметазон, с чем связывает декомпенсацию. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.08.16 Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр –4,4 лейк –8,1 СОЭ –4 мм/час

э-1 % п- 0% с- 69% л- 27 % м- 3%

10.08.16 Биохимия: СКФ –92,9 мл./мин., хол –5,8 тригл – 1,33ХСЛПВП -1,3 ХСЛПНП – 3,9Катер -3,5 мочевина –5,8 креатинин – 104,5 бил общ – 10,2 бил пр – 2,5 тим – 1,6АСТ –0,58 АЛТ –0,99 ммоль/л;

11.08.16 Глик. гемоглобин – 13,9%

19.08.16ТТГ – 6,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –12,6 (0-30) МЕ/мл

### 10.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 2-3; эпит. перех. -ед в п/зр

12.08.16 Суточная глюкозурия – 2,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 12.08.16 Микроальбуминурия 194,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.08 |  | 9,2 | 8,1 | 5,0 | 10,6 |
| 11.06 | 6,6 |  |  |  |  |
| 15.08 | 5,8 | 13,0 | 6,5 | 6,4 | 3,3 |
| 18.08 | 8,0 | 6,1 | 5,4 | 6,6 | 4,0 |
|  |  |  |  |  |  |

22.08.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

22.08.16Окулист: VIS OD= 0,2-2,0=0,9 OS= 0,5-1,5=1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:3 вены очень широкие, извиты, стенки уплотнены, артерии слегка расширенны. В макулярной области единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ с астигматическим компонентом.

09.08.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м ранней реполяризации желудочков. Диффузные изменения миокарда.

17.08.16Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 1.

2014Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.08.16 Аллерголог: Полиноз: риноконьюктивит

10.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,3 см3; лев. д. V = 5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура мелкозернистая, с небольшим количеством мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, диалипон, витаксон, кларитин, авамис.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, уменьшились боли в н/к, заложенность носа. АД 110/70 мм рт. ст. Высокй уровень глик. гемоглобина, по-видинимому связан с декомпенсацией на фоне приема глюкокортикоидов

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе,
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-14-16 ед., п/о- 15-16ед., п/уж -14-16 ед., Лантус п/з 45-46ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. 1 мес Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. Рек аллерголога: гленспрей эдванс 2вдоха в каждый носовой ход 1 мес, аллерзин 5 мг\сут.
11. Контроль ТТГ через 1 мес для определения дальнейшей тактики ведения. УЗИ контроль 1р\год.
12. 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.
13. Б/л серия. АГВ № 2353 с 09.08.16 по 23.08.16. К труду 24.08.16.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.