#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1197

##### Ф.И.О: Кирчак Михаил Владимирович

Год рождения: 1988

Место жительства: Токмакский р-н, с. Таврия ул. Советская 19-1

Место работы: н/р, инв II гр с детства

Находился на лечении с 05.10.16 по 17.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Омозоление подошвенных поверхностей обеих стоп. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния различное время суток купируемы доп. приемом пищи.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2003 в связи с гипогликемическими состояниями был переведен на аналоги. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 14-16ед., п/о-12 ед., п/у-12ед., Лантус 22.00 – 25-27. Гликемия –3,4-12, ммоль/л. НвАIс -6,3 % от 12.09.16. Последнее стац. лечение в 2014г. АИТ с 2008 АТ ТПО –183 (0-30) МЕ/мл, АТТГ – 11,7. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.10.16 Общ. ан. крови Нв – 172 г/л эритр –5,2 лейк –6,6 СОЭ –4 мм/час

э-2 % п- 2% с- 70% л- 24 % м- 2%

13.10.16 Нв-175 эритр – 5,3

06.10.16 Биохимия: СКФ –103 мл./мин., хол –5,1 тригл -0,86 ХСЛПВП -1,57 ХСЛПНП – 3,1Катер -2,2 мочевина –4,4 креатинин –88,2 бил общ –11,0 бил пр – 2,7 тим – 2,1АСТ –0,15 АЛТ – 0,29 ммоль/л;

### 06.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

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

10.10.16 Суточная глюкозурия – 1,57%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.10.16 Микроальбуминурия –50,88 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.10 | 2,9 | 8,5 | 2,6 | 3,9 | 2,8 |
| 07.10 2.00-2,6 | 4,4 |  |  |  |  |
| 09.10 | 7,7 | 8,5 | 11,7 | 10,7 | 10,1 |
| 11.10 | 5,3 | 7,6 | 9,1 | 4,4 | 4,0 |
| 16.10 | 7,5 | 15,3 | 6,2 | 10,5 | 9,0 |

05.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение.

05.10.16Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 1,0

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

05.10.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

11.10.16 Хирург: Омозоление подошвенных поверхностей обеих стоп

10.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.10.16РВГ: . Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов снижен.

05.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = ,6 см3; лев. д. V = 7,0см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, мелкий фиброз и множественные гидрофильные очаги до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Лантус, эспа-липон, мильгамма, актовегин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Новорапид п/з- 14-16ед., п/о- 10-12ед., п/уж -8-10 ед., Лантус 22.00 25-27 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эспа-липон (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, оптикс форте 1т 1р\д
10. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.