#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1224

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

Год рождения: 1963

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

Место работы: н/к, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.10.16 по 24.10.16 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. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Смешанный зоб 1 ст. узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. острый фарингит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния в 1 половине дня, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП – без эффекта. С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Фармасулин Н, Фармасулин НNР. Постоянно инсулинотерапия. .09.2015 переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 24ед., п/о- 6ед., п/у-6 ед., Левемир 22.00 – 28 ед. Гликемия –2,8-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Смешанный зоб с 2013. ТТГ –2,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –48 (0-30) МЕ/мл Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.10.16 Общ. ан. крови Нв – 170 г/л эритр –5,1 лейк –5,4 СОЭ –2 мм/час

э- 0% п- 0% с-66 % л- 31% м- 3%

18.10.16 Общ. ан. крови Нв – 136 г/л эритр – 4,1 лейк –3,8 СОЭ –3 мм/час

э-0 % п- 0% с- 61% л- 37 % м- 2%

12.10.16 Биохимия: СКФ –142,8 мл./мин., хол –4,4 тригл -1,35 ХСЛПВП -1,6 ХСЛПНП -2,18 Катер -1,8 мочевина –5,1 креатинин –72 бил общ –13,2 бил пр – 3,3 тим –2,6 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,84 ммоль/л;

17.10.16 АСТ – 0,31 АЛТ – 0,76 ммоль/л;

12.1.06 Амилаза 17,1 ( 0-90)

13.10.16 Глик. гемоглобин – 8 %

13.10.16 ТТГ –1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

12.10.16 Гемогл – 170 ; гематокр – 0,49 ; общ. белок – 68 г/л; К – 3,63 ; Nа –136,8 ммоль/л

14.10.16 К 4,1ммоль/л

16.10.16 К 4,1ммоль/л

18.10.16 К – 3,9ммоль/л

12.10.16 Коагулограмма: вр. сверт. –141 мин.; ПТИ – 92,6 %; фибр – 1,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2

12.10.16 Проба Реберга: Д- л, d- мл/мин., S- кв.м, креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 12.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1033 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 18.1.016 ацетон - отр

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

20.10.16 Суточная глюкозурия –3,1 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.08 | 8,2 | 5,4 | 10,6 | 3,7 | 9,5 |
| 13.10 | 12,0 | 15,4 | 5,5 | 4,4 |  |
| 16.10 | 15,4 | 15,3 | 12,9 | 8,7 | 10,3 |
| 17.10 | 9,8 | 6,6 | 13,2 | 10,2 |  |
| 18.10 | 7,8 |  |  |  |  |
| 19.10 | 10,4 | 7,6 | 2,6 | 2,8 |  |

11.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD= OS=

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

11.10.16ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

18.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

18.10.16 ЛОР: острый фарнгит.

11.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,2 см3; лев. д. V =9,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. В левой доле у перешейка гидрофильный узел 0,78\*0,52 с. С четкими ровными контурами. В пр. доле у заднего конта такой же узел 0,55 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Мелкие узлы обеих долей

Лечение: Новорапид, Левемир, берлитион, ККБ, тиоктацид, энетросгель, альмагель, витаксон, тивортин аспаркам, тивортин, рантак, папангин, ингомент

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. больному назначен Левемир 2р/сут (п/3 + п/у) в связи с развитием кетоацидотического состояния при введения Левемира только п/з. Внесены изменения в реестр.

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-16 ед., п/о 6 ед п/уж -6 ед., Левемир п/з 16 ед, п/у 18 .
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес. витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
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 Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.