#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1596

##### Ф.И.О: Исаев Игорь Эдуардович

Год рождения: 1962

Место жительства: Михайловский р-н,ул. Островского 176

Место работы: н/р инв II гр

Находился на лечении с 14.11.17 по 25.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 4). Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щитовидной железы, субклинический гипотиреоз впервые выявленный. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении : на гипогликемические состояния в различное время суток, гипогликемические комы во время дневного дна (неоднократно родственниками вызывалась СМП-вводилась 40% глюкоза-30.06.17), выраженные боли в голенях, прибавку в весе на 10 мг за 6 мес.

Краткий анамнез: СД выявлен в1996 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Гипогликемические комы в 2015 г-2 раза, в июне 2017 г. С начала заболевания инсулинотерапия: Получал Актрапид НМ, Ленте, затем Хумодар Б, Р, Фармасулин Н,HNP, в 2015г-в связи с гипогликемическими состояниями переведен на Инсуман Базал, Инсуман Рапид. В настоящее время получает Инсуман Рапид п/з-12 ед., п/о- 16ед., п/у-16 ед., Инсуман Базал в 22.00-26 ед.

Гликемия – 4,0-8,0 ммоль/л. НвАIс -7,8 % от (2.11.17) . Последнее стац. лечение в 2016 г. С 2012 г. увеличение щитовидной железы. С 2015г-Д-з АИТ. В 2015г.- ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 184 (0-30) МЕ/мл от. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 15.11 | 175 | 5,2 | 8,5 | 10 | 1 | 6 | 67 | 21 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.11 | 111 | 4,19 | 1,67 | 1,45 | 1,97 | 1,9 | 5,5 | 69,3 | 10,1 | 2,2 | 7,9 | 0,35 | 0,1 |

15.11.17 Глик. гемоглобин – 8,2%

17.11.17 ТТГ-8,2 (0,3-4,0) Мме/мл Т4 св-

15.11.17 К – 3,59 ; Nа –136 Са++ -1,11 С1 - 102 ммоль/л

### 26.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

20.11.17 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – отр

##### 13.11.17 Микроальбуминурия – 106,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.11 | 3,0 | 9,4 | 8,9 | 4,2 | 2,6 |
| 16.11 | 5,4 |  |  | 12,6 | 9,3 |
| 17.11 | 6,6 | 4,3 | 4,3 |  |  |
| 19.11 | 5,2 | 4,6 | 4,6 | 5,1 |  |
| 21.11 2.00-3,9 | 4,9 | 7,8 | 6,0 | 3,8 |  |

23.11.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 4). Энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. Р-но: Диалипон 600 в/в кап, актовегин 10,0 в/в, келтикан 1к3р/д-1 мес.

16.11.17 Окулист: VIS OD=0,6 OS= 0,5

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс 1-IIст, множественные микроанеризмы, ед. твердые экссудаты. Рефлекс сглажен Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.11.17ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

17.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.11.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

16.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

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

Перешеек – 0,78см. Щит. железа не увеличена, контуры бугристые. Эхогенность паренхимы значительно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Диалипон турбо в/в кап, кокарнит 2,0 в/м, физиолечение.

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах целевого уровня, тяжелые гипогликемические состояния за время пребывания в стационаре не наблюдались, несколько уменьшились боли в н/к/

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-8-10 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -14-16 ед., Инсуман Базал 22.00 -22-23 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5-5 мг утром под контролем АД.
6. Диалипон 600 мг утром . 2-3 мес., витаксон 1 т3р/д 1 мес, келтикан 1 к 3 р/д-1 мес
7. L-тироксин 25 мкг утром натощак, контроль ТТГ через 6-8 недель с послед. коррекцией дозы под наблюдением эндокринолога по м/ж, УЗИ щит. железы 1р. в год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.