#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1321

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

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Энергодар ул. Молодежная 105-76

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 25.09.17 по 09.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Смешанный зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния после физической нагрузки.. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В 2015 в связи с неэффективностью, гипогликемическими состояниями переведен на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12ед., п/о- 6ед., п/у- 6ед., Левемир п/ з 16 ед, 22.00 18ед. Гликемия –5,4 ммоль/л. НвАIс -8 % от 13.10.17 . Последнее стац. лечение в 2016г. Смешанный зоб выявлен в 2013 АТ ТПО 48 (0-30) МЕ/мл ТАПБ рекомендовано в 2015, однако исследования не проведены. 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 |
| 26.09 | 159 | 4,7 | 6,5 | 7 | 0 | 0 | 57 | 36 | 7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.09 | 158 | 5,11 | 1,19 | 1,54 | 3,02 | 2,3 | 3,3 | 65 | 18,3 | 4,0 | 2,3 | 0,1 | 0,46 |

26.09.17 Анализ крови на RW- отр

29.09.17ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл

26.09.17 К –4,12 ; Nа –133,1 Са++ -1,1 С1 -106 ммоль/л

### 26.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

27.09.17 Суточная глюкозурия – 4,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 28.09.17 Микроальбуминурия –74,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.09 | 10,6 | 11,9 | 3,4 | 9,9 |
| 28.09 | 10,5 | 15,7 | 7,4 | 8,5 |
| 30.09 | 7,5 | 6,4 | 11,6 | 14,9 |
| 01.10 | 4,2 | 6,3 | 10,0 | 15,4 |
| 03.10 | 8,1 | 7,4 | 2,9 | 9,2 |
| 05.10 | 11,9 | 10,1 | 5,5 | 5,3 |
| 06.10 2.00-11,3 |  |  |  |  |
| 07.10 | 5,2 | 3,9 |  |  |
| 08.10 | 5,5 | 3,6 | 7,1 | 8,7 |
|  |  |  |  |  |

03.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3).

03.10.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

25.09.17 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

26.09.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

2016 кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

25.09.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст.

26.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

25.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,6 см3; лев. д. V = 8,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. В пр. доле у заднего контура гидрофильный узел 0,6. В левой доле у перешейка такой же узел 0,76\*0,56. Регионарные л/узлы не визуализируется. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Узлы обеих долей.

Лечение: Новорапид, Левемир, тиогамма, актовегин, кокарнит, милдрокор,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Больному отменено введение Левемира перед завтраком. Снижение гликемии в 11.00 связано с физической нагрузкой.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 20-22ед., п/о-10 ед., п/уж - 12ед., Левемир 22.00 28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес..
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов обеих долей щит. железы.
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. Карпенко И.В