#### 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 06.10.17 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. Узловой зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние . Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия СН I.

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. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию: Фармасулин Н, Фармасулин НNP. 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- 16ед., Левемир 22.00- 20ед. Гликемия – ммоль/л. НвАIс -10, % от 26.06.17 . Последнее стац. лечение в 2016г. Смешанный зоб выявлен в 2013 АТ ТПО 48 (0-30) МЕ/мл ТАПБ рекомендовано в 2015. 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 |  |  |  |  |

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.

20.16 кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I.

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 не 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, Лантус

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

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- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Лантус 22.00 ед.
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. 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