#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 5

##### Ф.И.О: Шкрум Анатолий Иванович

Год рождения: 1964

Место жительства: В-Белозерский р-н, с. В.Белозерка ул. Пионерская 19

Место работы: н/р

Находился на лечении с 03.01.17 по 20.01.17 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 Диабетическая ангиопатия н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Гипертоническая болезнь IIст. 2 ст. СН0. Гипертензивное сердце. Риск 4.Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза, цереброастенический с-м, Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (непродолжительное время), в виду неэффективности переведен на инсулинотерапию Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на Инсуман Рапид, Инсуман Базал. В наст. время принимает: Инсуман Рапид, п/з- 18-20ед., п/о- 16-18ед., Инсуман Базал 22.00 – 8 ед. Гликемия –5,0-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ, гипотиреоз с 2014, принимает эутирокс 150 мкг. АТТПО – 96 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.01.17 Общ. ан. крови Нв – 140г/л эритр –4,2 лейк –6,4 СОЭ –9 мм/час

э-2 % п- 2% с- 58% л- 36 % м- 2%

04.01.17 Биохимия: СКФ –59,1 мл./мин., хол –5,6 тригл -1,19 ХСЛПВП – 1,9 ХСЛПНП -3,16 Катер -1,9 мочевина – 6,2 креатинин –145,0 бил общ –23,4 бил пр –5,8 тим – 1,5 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,18 ммоль/л;

04.01.17 Глик. гемоглобин – 9,8%

04.01.17 Анализ крови на RW- отр

06.01.17ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл

### 04.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

10.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

05.01.17 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – 0,053

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.01 | 16,5 | 11,7 | 2,8 | 6,8 | 9,7 |
| 09.01 | 13,9 | 7,7 | 6,3 | 14,5 | 12,9 |
| 11.01 | 11,0 |  |  |  |  |
| 14.01 2.00-3,8 | 13,9 | 13,5 | 8,6 | 11,4 | 8,7 |
| 16.01 2.00-8,5 | 14,8 |  |  |  |  |
| 18.01 | 15,2 | 12,7 | 7,5 | 10,1 | 18,1 |
| 19.01 | 17,8 | 14,6 | 3,2 | 11,1 |  |

17.01.-19.01.2017 SGMS i Pro гликемия выше 7,8 ммоль/л – 79%, целевые значения 21%, ниже 3,9 ммоль/л – 0%

03.01.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза. Дисметаболическая гипертоническая, цереброастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

19.01.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:2, сосуды сужены, умерено извиты, вены полнокровны. Салюс 1. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

03.01.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

05.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь IIст. 2 ст.

04.01.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

01.01.17 Хирург: диабетическая ангиопатия н/к .

04.01.17 На р- р правой стопы в 2х проекциях без констно-деструктивных изменений.

03.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,5 см3; лев. д. V =6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена ,местами значительно. Эхоструктура с прослойками фиброза. В левой доле гиперэхогенный очаг 0,2 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эутирокс, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, тивортин, витаксон, нуклео ЦМФ, эутирокс, эналаприл, каптопрес, амлодипин.

Состояние больного при выписке: В связи с неустойчивой гликемией в течение дня, гипергликемией по утрам, было проведено мониторирование гликемии SGMS i Pro, гипогликемических состояний не выявлено, проведена коррекция инсулинотерапии. СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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: Инсуман Рапид п/з- 18-20ед., п/о-8-10 ед., п/уж -8-10 ед., Инсуман Базал 22.00 10-12 ед.
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. Рек. кардиолога: престариум 5-10 мг веч.Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 10 мг 2р/д , амлодипин 5 мг кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., тивортин 1л 2р/д .
10. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10.
11. L-тироксин 150 мкг утром.УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. При отсутствии стойкой компенсации, возникновения гипогликемических состояний повторная госпитализация в эндокриндиспансер для коррекции терапии.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В