#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 998

##### Ф.И.О: Ковальчук Виталий Викторович

Год рождения: 1993

Место жительства: Михайловский р-н, пгт Пришиб ул. Южная 5-19

Место работы: ТМО Михайловского района, инженер инф. отдела, инв II гр

Находился на лечении с 12.07.17 по 25.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. НЦД по смешанному типу Гиперметропия ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. С 2010 вводит Новорапид с помощью пот DANA. В настоящий момент 74 ед. базальная доза 1час – 1,13 ед/ч, 2-й час – 1,15 ед болюс 7,5 ед, промывка помпы 22-25 ед. Гликемия –2,5-6,9 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2015г. 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 |
| 13.07 | 146 | 4,6 | 4,2 | 9 | 1 | 1 | 58 | 38 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.07 | 198 | 6,69 | 1,29 | 1,43 | 4,66 | 3,7 | 4,6 | 72,6 | 12,4 | 3,1 | 2,3 | 0,34 | 0,75 |

14.07.17 Св.Т4 - 11,3(10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 12,8 (0-30) МЕ/мл

13.07.17 К –4,448 ; Nа –142 Са - Са++ 1,2- С1 - 105 ммоль/л

### 13.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 10-12 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. 1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

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

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

14.07.17 Суточная глюкозурия – 1,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.07.17 Микроальбуминурия – 28,4мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.07 | 10,3 | 7,7 | 4,4 | 3,5 |
| 14.07 | 11,0 | 13,2 | 3,8 | 4,7 |
| 18.07 | 12,1 | 13,2 | 5,5 | 6,1 |
| 19.07 2.00-3,4 | 11,3 |  |  |  |
| 20.07 | 12,5 | 10,6 | 4,6 | 6,8 |
| 25.07 | 7,8 |  |  |  |

20.07.17 Невропатолог: Данных за неврологическую патологию нет.

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

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Вены полнокровны, умеренно извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Гиперметропия ОИ.

20.07.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

18.07.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу

Рек. кардиолога: фитосед 1к 3р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

17.07.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.07.17Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

22.07.17 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия,

14.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

20.07.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; изгиба желчного пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие микролитов правой почек.

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Левемир, Новорапид, тиогамма, тивортин, мильгамма,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. В связи с отказом от инсулинотерапии с помощью инсулиновой помпы комиссионно переведен на прием инсулинов Новорапид, Левемир.

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-20-22 ед., п/о- 12-14ед., п/уж -10-12 ед., Левемир п/у 42-44 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. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год.
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.
11. Б/л серия. АГВ № 235946 с 12.07.17 по 25.07.17. к труду 26.07.17

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В