#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1409

##### Ф.И.О: Надточий Вадим Валерьевич

Год рождения: 1987

Место жительства: Васильевский р-н, с. Каменское, ул. Счастливая, 4, кв.7

Место работы: инв.II гр.

Находился на лечении с 26.10.18 по  06.11.18 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 артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст. Миопия слабой степени ОИ.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния в ночное время и днем на фоне физических нагрузок, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992 г (с 5 лет). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания на инсулинотерапии: Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 26 ед., п/о- 14 ед., п/у- 14 ед., в 23.00 Протафан НМ 20 ед. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: 2001 – неврит 7 пары ЧМН справа, постоянно принимает кандесар 3 мг 1/2т с нефропротекторной целью. Повышение АД около 10 лет. В анамнезе лазеркоагуляция сетчатки.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 29.10 | 151 | 4,76 | 6,4 | 12 | |  | | 1 | 1 | 69 | 27 | | 2 | | |
| 05.11 |  |  |  | 5 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 29.10 | 70,8 | 6,80 | 1,61 | 1,51 | 4,55 | | 3,5 | 3,4 | 12,8 | 12,8 | 3,0 | 2,6 | | 0,55 | 0,38 |

26.10.18 Глик. гемоглобин – 9,5 %

29.10.18 К – 5,0; Nа – 137; Са++ - 1,11; С1 - 100 ммоль/л

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

24.10.18 Суточная глюкозурия – 3,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.10.18 Микроальбуминурия – 44,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.10 | 12,4 | 8,9 | 4,7 | 3,9 | 4,2 |
| 29.10 | 13,3 |  | 9,9 | 8,4 | 6,3 |
| 30.10 | 11,3 | 12,1 |  |  | 6,3 |
| 31.10 | 13,3 |  |  |  | 9,2 |
| 01.11 2.00-6,2 | 11,6 |  |  |  | 3,9 |
| 02.11 | 10,5 | 11,1 | 4,5 |  |  |
| 04.11 | 10,9 | 6,0 | 7,4 | 5,2 | 3,6 |
| 05.11 2.00-9,5 | 13,3 |  | 8,0 | 11,3 |  |
| 06.11 2.00-9,8 | 13,7 |  |  |  |  |

06.11.18 Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,3 ;

Гл. дно: Сосуды сужены. Вены полнокровны, неравномерного калибра, ход сосудов ближе к прямолинейному, микроаневризмы, на периферии следы от ЛК. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

26.10.18 ЭКГ: ЧСС – 80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

01.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

29.10.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий правой н/к умеренно повышено, левой – снижено I ст. Тонус крупных артерий правой н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к незначительно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

26.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V = 5,0 см3

Перешеек – 0,27 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность и эхоструктура паренхимы обычная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, эспа-липон, саргин, ксантинола никотинат, кандесар, хипотел, физиолечение.

Состояние больного при выписке: На фоне проведённой терапии общее состояние улучшилось, судороги, онемение в н/к уменьшились, сохраняется нестабильная гликемия в вечернее время и натощак, нуждается в дальнейшей коррекции инсулинотерапии, однако настаивает на выписке по семейным обстоятельствам,. АД 120/80мм 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ (пенфил) п/з-26-28 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -12-14 ед., Протафан НМ (пенфил) 23.00 24-26 ед. (с учетом снижения остроты зрения показано введение инсулина в пенфильной форме-выданы шприц-ручки ново-пен 4 - 2шт)
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: хипотел 20 мг утром. Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., тивортин сироп 1л. 3р/д 1 мес, витаксон 1т 3р/д 1 мес

Леч. врач Севумян К.Ю.

И.о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.