#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1151

##### Ф.И.О: Беляков Александр Сергеевич

Год рождения:1986

Место жительства: Михайловский р-н, пгт. Михайловка, ул. Солнечная, 174 (место регистрации: Луганская область, г. Кадиевка, ул. Б. Хмельницкого, 23, кв. 10)

Место работы: н/раб.

Находился на лечении с 03.09.18 .по 14.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Вторичный ангиотрофоневроз н/к. Начальные проявления диабетической дистальной симметричной полинейропатии н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Патология МАГ ( малый диаметр левой ПА). НЦД по смешанному типу. СН0.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния в дневное время на фоне физических нагрузкок, жжение и боли в стопах в течение последнего месяца периодически повышение АД до 140/80 ммрт ст, головные боли, головокружение, заеды в углах рта, боли и скованность в мелких суставах кистей после физической нагрузки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2017 г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания стабильное.. С начала заболевания инсулинотерапия: генсулин Н, генсулин R 4 раза в сутки. Комы отрицает. В наст. время принимает: генсулин R п/з- 8 ед., п/о-8 ед., п/у-8ед., генсулин Н в 22.00 – 14 ед. Гликемия – 3,2-18,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 09.2017 г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: с 2017 Патология МАГ ( малый диаметр левой ПА). Хронический гастродуоденит.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 04.09 | 157 | 4,7 | 5,8 | 3 | |  | | 1 | 2 | 62 | 34 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.09 | 109,1 | 3,6 | 0,86 | 1,72 | 1,48 | | 1,0 | 3,8 | 81 | 14,3 | 3,8 | 0,6 | | 0,14 | 0,29 |

04.09.18 Глик. гемоглобин – 10,3 %

04.09.18 Анализ крови на RW- отр

04.09.18 К – 3,93; Nа – 136,7; Са++ - 1,09; С1 – 102,4 ммоль/л

### 04.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025; лейк – 1-2-3 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – умер. к-во; слизь +; соли – фосфаты на 1/3 п/зр.

06.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000; белок – отр

05.09.18 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 05.09.18 Микроальбуминурия –67 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.09 | 8,3 | 10,3 | 3,1 | 7,9 | 11,2 |
| 05.09 | 10,5 |  | 11,9 | 7,8 | 10,9 |
| 06.09 | 8,8 | 4,7 |  |  |  |
| 07.09 | 9,4 | 16,1 | 11,2 | 6,0 |  |
| 08.09 | 7,5 | 12,5 | 6,1 | 6,0 | 8,7 |
| 10.09 | 10,3 | 10,5 | 14,0 | 10,9 | 6,3 |
| 11.09 2.00-3,5 | 7,2 | 8,9 | 3,9 | 8,5 | 3,9 |
| 12.09 2.00-12,6 | 8,2 |  |  | 10,1 | 4,6 |
| 13.09 | 4,6 | 7,4 | 7,5 | 4,1 |  |

06.09.18Окулист: VIS OD= OS= 1,0; Гл. дно: А:V 1:2. Вены умеренно расширены, уплотнены. В макулярной области без особенностей.

12.09.18 ЭКГ:ЧСС – 67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м ранней реполяризации желудочков.

06.09.18 Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН0. ПМК? Рек: ЭХОКС, динамика АД.

11.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Вторичный ангиотрофоневроз н/к. Рек плетол 100 мг 1т 1р/д, длительно ливостор 20 мг 1т 1р/д длительно, валаргин 3000 1т 1р/д 1 мес

08.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

05.09.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки: диаб. ангиопатии артерий н/к, спастического кровотока по артериям голеней с двух сторон.

11.09.18 На р-гр кистей с лучезапястными суставами без костно-деструктивных изменений.

09.08.18 из. амб карты МРТ головного мозга признаки гипоплазии интракраниальной части левой ПА.

09.08.18 из. амб карты дупл. сканирование БЦА: протокол на руках..

11.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 1 ст с обеих сторон. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена

03.09.18 УЗИ щит.железы: Пр д. V = 9,3 см3; лев. д. V = 3,8 см3 Перешеек – 0,32 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычная,

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит.железы нет.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, эспа-липон, неогабин, эналаприл,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированых значений, гипогликемические состояния отмечаются значительно реже на фоне интенсивных физических нагрузок, несколько уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

В связи с вариабельной гликемией на фоне введения одинаковых доз инсулина «средняя» тяжесть заменена на «тяжелую»

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 <9,0ммоль/л НвА1с <7,0%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-10-12 ед., п/о-6-8 ед., п/уж -6-8 ед., Генсулин Н 22.00 16-18 ед.

Самоконтроль глюкозы крови в амб. условиях с послед. коррекцией доз инсулина, подсчет ХЕ

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии в динамике для уточнения степени нефропатии.
2. Сосудистая терапия: рек. ангиохирурга см. выше
3. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг веч. Контр. АД.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., неогабин 75 мг 1т 2р/д 1 мес. витаксон 1т. \*3р/д.1 мес..

Леч. врачСевумян К.Ю.

И/о зав. отд.Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.