#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1156

##### Ф.И.О: Глумов Сергей Данилович

Год рождения: 1961

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи ул. Толстого 72

Место работы: н/р,

Находился на лечении с 04.09.18 по  21 .09.18 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. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП II-Ш ст. Диабетическая нефропатия IV ст. МКБ, конкремент левой почки. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Узловой зоб 0-1 ст, узел правой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении гипогликемические состояния в ночное время во время которых (со слов родственников) становится неадекватным, агрессивным, до1- 4 р/мес, ухудшение зрения боли, онемение, судороги в н/к, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отечность пара орбитальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г в кетоацидотическом состоянии . Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Хумодар Б100Р, Хумодар Б100Р ). В течение последних 10 лет вводит Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В течение последнего месяца уменьшил дозы вводимого инсулина в связи с гипогликемический состояния. Со слов пациента в 07.2018 гипогликемическая кома вводилась 40 % глюкоза В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 15ед., п/о-13 ед., п/у-22 ед., Фармасулин НNP 22.00 18 ед. Гликемия – 2,0-18ммоль/л. НвАIс - 8,5% от 06.2018 . Последнее стац. лечение в 2013г. В 06.2017 трофическая язва на левой голени. Повышение АД в течение 20 лет. МКБ конкремент правой почки, принимает канефрон .С 2013 мелкий узел правой доли щит железы. В 2013 АТТПО – 36,8 ( 0-30). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.09 | 133 | 4,0 | 10,5 | 39 | |  | | 1 | 1 | 73 | 21 | | 4 | | |
| 10.09 |  |  | 15,9 | 51 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| 18.09 |  |  | 8,7 | 41 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.09 | 39 | 5,6 | 2,17 | 2,6 | 2,0 | | 1,1 | 5,6 | 147 | 9,6 | 2,4 | 1,98 | | 0,29 | 0,35 |
| 10.09 | 55 |  |  |  |  | |  | 7,8 | 130 |  |  |  | |  |  |
| 18.09 | 61,7 |  |  |  |  | |  | 6,0 | 116 |  |  |  | |  |  |

04.09.18 Анализ крови на RW- отр

05.09.18 ТТГ – 1,78 ( 0,4-4,0)

05.09.18 К – 5,3 ; Nа – 143 Са++ -1,25 С1 – 99,8 ммоль/л

06.09.18 Проба Реберга: креатинин крови-135 мкмоль/л; креатинин мочи- 7920 мкмоль/л; КФ-77,1 мл/мин; КР- 99 %

### 05.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –0-0-1 эрит 2-3 в п/зр белок – 0,81 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. ед- почечн - ед в п/зр осколки мочевой кислоты.

### 18.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –0-1 -2 эрит 0-1 в п/зр белок – 0,545 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. ед- в п/зр мочевая кислота

06.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр -2000 белок – 0,589

06.09.18 Суточная глюкозурия – 0,7 %; Суточная протеинурия – 1,08г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.09 | 12,1 | 10,2 | 8,0 | 3,1 | 8,4 |
| 06.09 | 15,1 |  |  | 7,1 | 8,9 |
| 07.09 2.00- 4,1 | 7,5 | 15,7 |  |  |  |
| 09.09 | 19,3 | 16,9 | 12,7 | 8,7 | 5,8 |
| 10.09 2.00-8,1 | 14,6 |  |  | 10,7 | 6,8 |
| 12.09 2.00-9,1 | 11,9 | 18,3 | 8,1 | 5,2 | 5,3 |
| 15.09 | 11,4 | 18,0 | 14,4 |  |  |
| 16.09 | 12,0 | 13,7 | 13,2 | 10,9 | 6,9 |
| 17.09 2.00-3,2 |  |  |  |  |  |
| 18.09 | 11,1 | 19,9 | 9,5 | 9,7 | 10,4 |
| 19.09 | 14,6 | 17,1 | 16,2 | 7,7 | 8,5 |
| 20.09 2.00-7,6 | 10,3 | 13,6 | 12,2 | 8,9 | 8,4 |
| 21.09 | 5,6 | 11,3 |  |  |  |

05.09.18 Окулист: VIS OD= 0,5 сф + 1,5=1,0 OS=0,5 сф + 0,75 =0,9 Факосклероз. ОД птеригиум 1 ст. Гл. дно:. А:V 1:2 ,вены очень широкие, стенки вен уплотнены, утолщены, артерии расширены, сосуды умеренно извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ.

06.09.18Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст.

Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг 1р/д.. Контроль АД, ЭКГ. ЭХОКС. Конс нефролога

08.09.18ЭХО КС: Уплотнение аорты. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. ФВ 72%.

05.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

05.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

05.19 09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

12.09.18 нефролог: ХБП II ст, диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия. МКБ, мелкие конкременты левой почки. Рек: наблюдение ,контроль ан. крови мочи, показателей азотемии 1р в 3 мес, постоянна поддерживающая гипотензивная терапия – ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, курсы сосудистых препаратов 1-2 р/год. канефрон 2т 3р/д

11.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в ж/пузыре, конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

04.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7см3; лев. д. V = 9,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, однородная В пр доле в с/3 кольцевидный кальцинат 0,6 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел правой доли .

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, Актрапид НМ, Протафан НМ, амлодипин, вазилип, эспалипон, эналаприл, армадин, асафен, индапрес, триплексам, физолечение.

Состояние больного при выписке: на фоне введения Фармасулин Н, Фармасулин НNP достичь компенсации не удалось, в связи с неустойчивой гликемией комиссионно переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ, средняя степень тяжести изменена на тяжелую. Гликемия в пределах субкомпенсрованых значений, гипогликемические состояния не отмечаются, уменьшились онемение в н/к. отмечается нестабильность АД от 140-170\100 мм рт.ст, гипотензивная терапия изменена 21.09.18 рекомендован подбор семейным врачом по м/ж

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-18-20 ед., п/о-12-14 ед., п/уж -10-12 ед., Протафан НМ 22.00 24-26 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная консультация в КУ «ОКЭД» ЗОС, для решения вопроса о дальнейшей тактики инсулинотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: триплесам 10/2,5/10 мг 1т утром, при недостижении целевого АД 130-140/80 мм рт.ст. добавить физиотенс 0,2-0,4 мг. лоспирин 75 мг веч контроль АД, ЧСС. ЭКГ.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., армадин лонг 300 1т утром 1 мес,
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Контроль ОАМ, ОАК, креатинина, мочевины 1р в 3 мес.
7. УЗИ почек 1-2 р/год. конс уролога в планом порядке.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.