#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1007

##### Ф.И.О: Степневский Владимир Иванович

Год рождения: 1979

Место жительства: г. Мелитополь ул. Геническая 36а

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 31.07.18 по  09 .08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. Метаболическая кардиомиопатия СНI. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Миопический астигматизм ОИ.

Жалобы при поступлении на колебание гипо- и гипергликемических состояний (2,8-25,0 ммоль/л), преимущественно в дневное время, периодически сухость во рту, жажду, ухудшение зрения , боли в ногах, судороги, онемение и похолодание в стопах., повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., учащенное сердцебиение и колющие боли в области сердца на фоне эмоциональных нагрузок, отеки н/к к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. появилась выраженная жажда, сухость во рту, при обращении за мед помощью была выявлена гипергликемия 16,0 ммоль/л С начала заболевания инсулинотерапия. Получал Хумодар К 25 100Р 2р/сут. С 2016 в связи с частыми гипогликемическими состояниями был переведён на Инсуман Базал, Инсуман Рапид. Течение лабильное, комы отрицает. В анамнезе частые гипогликемические состояния. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-20-22 ед., п/о- 20ед., п/у-12 ед., Инсуман Базал 22.00 – 28 ед. Гликемия –2,5-25 ммоль/л. НвАIс -10 % от 23.07.18 . Последнее стац. лечение в 2016г в ЗОЭД, в 2017 в Мелитопольской ЦРБ. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналазид 5 мг. 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 | | |
| 01.08 | 145 | 4,51 | 8,6 | 13 | |  | | 1 | 2 | 71 | 23 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.08 | 88,6 | 6,2 | 2,28 | 1,0 | 4,2 | | 5,2 | 5,1 | 103 | 10,2 | 2,6 | 1,67 | | 0,27 | 0,51 |

01.08.18 К – 4,53 ; Nа – 145 Са++ -1,23 С1 - 106 ммоль/л

### 01.08.18 Общ. ан. мочи уд вес м\м лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

02.07.18 Суточная глюкозурия – 3,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 02.08.18 Микроальбуминурия –54,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.07 |  |  |  |  | 7,0 |
| 01.08 2.00-5,4 | 9,6 | 13,6 | 6,3 | 11,9 | 11,5 |
| 02.08 | 12,2 |  | 7,5 | 11,5 | 8,1 |
| 03.08 | 5,4 | 5,7 | 4,3 |  |  |
| 05.08 | 10,8 | 12,9 | 5,3 | 13,2 | 12,8 |
| 07.08 2.00-4,8 | 8,7 | 10,7 | 4,9 | 9,0 | 7,7 |
| 08.08 | 7,9 |  |  |  |  |

01.08.18 Окулист: VIS OD= 0,6 цил – 0,75Дах 90=0,9-1,0 OS= 0,5 цил – 0,75Дах90=0,9-1,0 ;Гл. дно:. А:V 1:2 сосуды широкие, умеренно извиты, стенки вен уплотнены. В макуле без особенностей. Д-з: Миопический астигматизм ОИ.

31.07.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

02.08.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 5 мг утром небивалол 5 мг 1р/д . Контроль АД, ЧСС. Дообследование: электролиты крови, ЭХО КС, 5 ст. проб.

01.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно. Валаргин 3000 1т 1р/д 1 мес .

08.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

01.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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 нарушена.

31.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V = 5,8 см3

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

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, бисопролол, эналаприл, тиолипон, тивортин, витаксон, вазилип,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированых значений, несколько уменьшились боли в н/к, Пациент обучен системе подсчёта ХЕ. АД 130/80мм 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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 20-22ед., п/о-14-16 ед., п/уж -12-14 ед., Инсуман Базал 22.00 30-32 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет 20мг) 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами 2р/год.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 1-2 р/д,, бисопролол 10 мг веч. . Контр. АД. ЧСС
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, АТТПО в плановом порядке с послед. конс эндокринолога по м/ж.
11. Дуплексное сканирование артерий н/к в плановом порядке.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.