#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1048

##### Ф.И.О: Пресняков Игорь Николаевич

Год рождения:1991

Место жительства: г. Запорожье, ул. Музыкальная, 8

Место работы: н/р инв. 3 гр. с детства бессрочно

Находился на лечении с 10.08.18 по 21.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям,ст. декомпенсации. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 0, NDS 2). Врожденный порок сердца, сеноз устья аорты. СН 0. Хр.пиелонефрит в ст.нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, гипогликемические состояния на фоне интенсивных физических нагрузок до 1-2 раз в месяц, боли в н/к, периодичеки отеки в параорбитальной области утром.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия.

В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о-12 ед., п/у-10 ед., Протафан НМ в 22.00-12 ед. Гликемия –5,0-15,0 ммоль/л. НвАIс -12,7 % от 08.06.18.Последнее стац. лечение в 2016г. В анамнезе хр.пиелонефрит, микронефролитиаз, получал стац.лечение по поводу обострения пиелонефрита в июле 2018г (получал офор, канефрон). 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 | | |
| 13.08 | 131 | 3,9 | 9,3 | 20 | |  | | 1 | 2 | 65 | 29 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.08 | 106,9 | 4,66 | 1,48 | 1,93 | 2,05 | | 1,4 | 3,5 | 74 | 10,4 | 2,6 | 3,2 | | 0,18 | 0,20 |

13.08.18 Глик. гемоглобин – 11,9%

### 14.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020; лейк – 1-2 в п/зр.; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед.; эпит. соли- мочевая к-та на ½ п/з

15.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 5500; эритр – 1000; белок – отр

13.08.18 Суточная глюкозурия – 1,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.08.18 Микроальбуминурия –103,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.08 | 13,4 | 4,7 | 13,4 | 9,7 |  |
| 13.08 | 5,4 | 11,1 | 5,7 | 7,9 | 7,3 |
| 14.08 | 14,0 | 8,8 |  |  |  |
| 15.08 | 4,8 | 3,1 |  |  |  |
| 16.08 | 8,1 | 4,8 | 5,4 | 6,0 |  |
| 17.08 | 4,4 | 3,9 |  |  |  |
| 19.08 |  | 12,6 |  |  |  |
| 21.08 | 4,4 | 3,2 |  |  |  |

20.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 0, NDS 2). Р-но: келтикан 1 к 3р/д-1 мес, витамины группы В по схеме.

20.08.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0

Гл. дно: Сосуды неравномерного калибра, широкие, извиты, вены полнокровны, микроаневризмы, сетчатка с выраженной переливчатостью, складчатая. Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

13.08.18 Кардиолог: ВПС, стеноз аорты. СН0. Р-но: Эхо-Кс

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

10.08.18 УЗИ щит.железы: Пр д. V =7,4 см3; лев. д. V = 5,2 см3

Перешеек – 0,36см. Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность и эхоструктура обычная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит.железы нет.

Лечение: Анктрапид НМ, Протафан НМ, эспа-липон, нейрорубин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке Общее состояние несколько улучшилось, боли в н/к несколько уменьшились, стабилизировалась гликемия натощак, однако сохраняется неустойчивая гликемия после завтрака, у нациента нарушено распознавание предвестников гипогликемии, рекомендован подсчет ХЕ и самоконтроль с последующей коррекцией доз инсулина амбулаторно.

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: Актрапид НМ п/з- 6-8 ед., п/о-12-14 ед., п/уж – 8-10ед.,
5. Протафан НМ в 22.00 10-12 ед.

Регулярный самоконтроль с послед.коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии, подсчет ХЕ.

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., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек.кардиолога: ЭХО-КС с послед.конс.кардиолога по м/ж.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут-1 мес, келтикан 1 к 3р/д-1 мес
5. Канефрон 2 др 3 р/день-1 мес,курсами, контроль ан.мочи по Нечипоренко в динамике. При необходимости бак посев мочи на флору и чувствительность к а/б.
6. УЗИ МВС 1-2 раза в год.

Леч. Врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.