#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1069

##### Ф.И.О: Станищук Дмитрий Николаевич

Год рождения: 1992

Место жительства: г. Запорожье, ул. Днепровские пороги, 15, кв. 6

Место работы: филиал «Ощадбанк», г. Запорожье, специалист 2 кат, инв. IIIгр. детства.

Находился на лечении с 15.08.18 по  27.08.18 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 (NSS 4, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ, осложненная катаракта, миопия сл.степени ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Узловой зоб 0-I ст. Узел правой доли. Эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия ПМК I ст. СН0. СВД, цефалгический синдром.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, периодические гипогликемические состояния в различное время суток до 2-х раз в неделю, купирует доп. приемом пищи.

ухудшение зрения, боли в н/к, снижение чувствительности, зябкость стоп, периодические головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004 г. при обращении к педиатру по поводу прогрессирующей потери веса. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ , Протафан НМ. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С 2009 г. в связи с лабильным течением заболевания переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 18 ед., п/о-18 ед., п/у-16-18 ед., 22.00 Левемир 29-30 ед. Гликемия –3-15 ммоль/л. НвАIс - 7,6% от 06,2018. Последнее стац. лечение в 2017г.

Узловой зоб с 2015 г. ТТГ(2017) – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 10,7 (0-30) МЕ/мл от 2015 г., АТ ТПО – 43,1 (0-30) МЕ/мл от 2017 г.

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 | | |
| 16.08 | 147 | 4,4 | 5,5 | 6,0 | | 284 | | 2 | 1 | 59 | 35 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 16.08 | 97 | 4,49 | 1,43 | 1,26 | 2,57 | | 2,5 | 3,0 | 92 | 15,4 | 3,5 | 3,1 | | 0,59 | 0,97 |

16.08.18 Глик. гемоглобин -6,6%

16.08.18 Анализ крови на RW- взят

17.08.18 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

16.08.18 К – 4,18 ; Nа – 145; Са++ -1,2; С1 - 101 ммоль/л

### 16.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1023; лейк – 0-1 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед. в п/зр

20.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500; эритр - белок – отр

17.08.18 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 17.08.18 Микроальбуминурия – 153,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.08 | 3,6 | 2,6 | 8,8 | 5,1 | 5,5 |
| 17.08 | 11,6 | 2,3 |  |  |  |
| 20.08 | 5,8 | 6,1 | 3,3 | 4,4 | 7,2 |
| 21.08 2.00-9,6 |  |  |  |  |  |
| 23.08 | 5,0 | 4,8 | 4,5 | 8,0 |  |

22.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3). СВД, цефалгический синдром.

22.08.18 Окулист: VIS OD= 0,1сф.-2,0 Д=1,0; OS= 0,1сф-2,0 Д=1,0;

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: А:V 1:2 Артерии умеренно сужены. Вены неравномерного калибра, полнокровны. Единичные микроаневризмы, Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ, осложненная катаракта, миопия сл.степени ОИ.

15.08.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

17.08.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК I ст. СН0. Рек. кардиолога: небивалол 2,5-5 мг 1 р/сут. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

21.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.08.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к несколько повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к незначительно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

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

Размеры щит. железы увеличились в сравнении с 2017 г. контуры ровные.. Эхогенность и эхоструктура обычные. В правой доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,12\*0,7 см (0,98 \*0,56 см. – 2017). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Узел правой доли.

22.08.18 Проведена ТАПБ узла, результат не готов («Диасервис»).

Лечение: Новорапид, Левемир, Тиогамма-турбо, витаксон, актовегин.

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к, сердцебиения. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 14-16 ед., п/о-16-18 ед., п/уж -10-14 ед., 22.00 Левемир 28-30 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром, Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: преп. келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., гамалате В6 2 т\*2 р/д 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Повторный осмотр с рез ТАПБ.
11. Б/л серия. АДЛ №177694 с 15.08.18 по 27.08.18 к труду 28.08.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.