#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 749

##### Ф.И.О: Сытый Александра Сергеевич

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Запорожье ул. Сикорского 470-202

Место работы: н/р инв Ш гр

Находился на лечении с 29.05.18. по 09.06.18 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. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. НЦД, гипертензивный тип. СН 0. ПМК I ст без регургитации.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, гипогликемические состояния в ночное время и на фоне физ.нагрузок до 1 р/нед, ухудшение зрения, судороги, онемение, боли, снижение чувствительности в н/к, повышение АД макс. до 150/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома гипогликемическая в 2016г (со слов). С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан НМ ). В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед.,Протафан НМ 22.00 16-18 ед. Гликемия –2,8-16,0 ммоль/л. НвАIс – 9,4 % от 21.05.18 . Последнее стац. лечение в 2013г. В 2013г. В анамнезе аллергический дерматит распростарненая форма, себорея лица, периодически принимает фексофаст. Со лов пациента, в 2015г перенес ТИА на фоне гипогликемии (мед.документация не сохранилась). 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 | | |
| 30.05 | 161 | 4,8 | 4,3 | 3 | |  | | 1 | 1 | 69 | 27 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 30.05 | 76,0 | 6,0 | 1,48 | 1,85 | 3,47 | | 2,2 | 3,1 | 102 | 12,8 | 2,5 | 3,1 | | 0,23 | 0,18 |

30.05.18 К – 5,2 ; Nа –140,1 Са++ - 1,14С1 – 99,9 ммоль/л

### 30.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 0-1 в п/зр белок – 0,038 ацетон –отр; эпит. пл. -ед , мочкв.к-та+оксалаты, бактерии +.

05.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - 1500 белок – отр

.05.18 Суточная глюкозурия – 1,45%; Суточная протеинурия – 0,024

##### 01.05.18 Микроальбуминурия – 113,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.05 | 17,6 | 8,4 | 9,1 | 4,6 |  |
| 01.06 |  | 8,5 | 3,0 |  |  |
| 04.06 | 4,8 | 3,6 | 10,6 | 3,1 | 3,6 |
| 05.06 2.00-9,3 | 10,9 |  |  |  |  |
| 06.06 | 10,0 | 10,3 | 18,6 | 10,3 |  |
| 07.06 |  | 5,8 | 12,1 | 10,3 |  |

29.05.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево.

05.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

04.06.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН 0 Рек. кардиолога: небивалол 2,5 м1р/д. рамиприл 2,5 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

06.06.18 ЭХО КС: ФВ 64% Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. ПМК 1 ст без регургиатции.

02.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

25.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к .

30.05.18 Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

06.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки.

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: . Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, диалипон, эналаприл.

Состояние больного при выписке: Гликемия не устойчива, нуждается в дальнейшем подборе доз инсулина,однако настаивает на выписке по семейным обстоятельствам, несколько уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. 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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 8-10ед., п/о-10-12 ед., п/уж – 10-12ед., Протафан НМ 22.00 16-18 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5-5 мг утром, Контр. АД.
8. Альфа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нуклео ЦМФ 1 т 2-3р/д-1 мес, вессел дуэ-Ф 1 к 2р/д- 3 мес.
9. Консультация окулиста, невролога по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.