#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 822

##### Ф.И.О: Никитенко Алексей Александрович

Год рождения: 1998

Место жительства: Черниговский р-н, с. Владовка ул. Мира 117

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 12.06.18. по 20.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. НЦД по смешанному типу. СН 0.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, гипогликемические состояния в утренние часы до 2-х раз в неделю, головные боли, учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2009г. в связи с лабильным течением в ОДБ был переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 12ед., п/о- 12ед., п/у- 12ед., Лантус в 22.00-31 ед. От 30.047.18 Гликир.гемоглобин-11,4%. Гликемия 4,5-13,0 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.06 | 177 | 5,3 | 4,4 | 3 | |  | | 1 | 0 | 48 | 48 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.06 | 196,2 | 4,7 | 0,86 | 1,61 | 2,7 | | 1,9 | 4,6 | 63 | 35,2 | 9,3 | 3,3 | | 0,25 | 0,36 |
| 19.06 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 16,9 | 4,0 | 3,4 | | 0,42 | 0,32 |

13.06.18 СКD-EPI-135 мл/мин/1,73м2

13.06.18 Глик. гемоглобин – 10,2%

### 13.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 3-4в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - умер; эпит. перех. -ед в п/зр, слизь+, моч.к-та.

14.06.18 Суточная глюкозурия – 3,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.06.18 Микроальбуминурия –250,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.06 | 53 | 3,4 |  | 5,8 |  |
| 15.06 |  | 3,7 | 5,4 | 4,6 | 7,3 |
| 16.06 | 8,6 | 14,0 | 4,3 | 5,1 |  |
| 18.06 | 6,4 | 9,3 | 6,8 | 6,0 |  |
| 19.06 | 5,3 |  |  |  |  |

19.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Калибр сосудов не изменен. В макулярной области без особенностей

12.06.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

19.06.18Кардиолог: НЦД, смешанный тип. СН0. Р-но: ЭХО-КС, динамика АД.

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

13.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

15.06.18 УЗИ ОБП Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст

12.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,4 см3; лев. д. V = 5,0 см3

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

Лечение: Эпайдра, Лантус.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гипогликемические состояния не отмечаются, сухость во рту, жажда не беспокоят. АД мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» С учетом глик. гемоглобина 10,2% от 13.06.18 показан перевод на генно-инженерные виды инсулина, от которого пациент в настоящий момент отказался, подобраны дозы Лантус, Эпайдра

У пациента по данным мед.документации эпизодически отмечается повышение уровня прямого и непрямого билирубина. Нуждается в дообследовании у гастроэнтеролога.

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: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -10-12 ед., Лантус 22.00 30 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. ЭХОКС в планом порядке, конс кардиолога
7. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
8. Весел дуэ-ф 1 т 2р/д 3 мес курсами 2р/год.
9. Маркеры вирусных гепатитов, печеночные пробы в динамике. Конс гастроэнтеролога в планом порядке.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.