#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 843

##### Ф.И.О: Копылов Никита Витальевич

Год рождения: 1998

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Городняя 47

Место работы: н/р

Находился на лечении с 19.06.18 . по  26.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма ХБП Iст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. НЦД по смешанному типу СН 0. Липоатерома спины средних размеров.

Жалобы при поступлении на общую слабость, периодически сухость во рту, гипогликемические состояния на фоне физ. нагрузок и при несвоевременном приеме пищи, боли в икроножных мышцах, похолодание в стопах, тянущие боли в пояснице справа, головные боли, учащенное сердцебиение, периодически изжога.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г.( с 16 лет) Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические и кетоацидотические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Хумулин Р Хумлин НПХ. В наст. время принимает: Хумулин Р п/з- 16ед., п/о- 18ед., п/у-20 ед., Хумлин НПХ п/з 27 ед. 22.00 – 28ед. Гликемия –3,0-21,3 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 05.2017г. 10.06.18 в кетоацидотическом состоянии поступил в Токмакскую ЦРБ, где находился до 18.06.18. получал дезинтексикационную и антибактериальную терапию ( лакунарная ангина). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез Жизни: 2016 ЯБЖ и ДПК, дуодено-гастральный рефлюкс, хронический холецистопанкреатит, ДЖВП. Получал стац лечение в т/о по м/ж, периодически принимает антацидные препараты.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 20.06 | 176 | 5,3 | 8,7 | 20 | |  | | 1 | 1 | 63 | 33 | | 2 | | |
| 25.06 |  |  |  | 11 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.06 | 92 | 5,7 | 0,87 | 1,83 | 3,5 | | 2,1 | 7,6 | 110 | 14,3 | 3,6 | 0,94 | | 0,35 | 0,63 |

20.06.18 Глик. гемоглобин -11,9 %

20.06.18 К – 5,5 ; Nа –132,5 Са++ -1,15 С1 -98,7 ммоль/л

### 20.06.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр слизь+ , соли, осколки мочевой кислоты.

21.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – отр

25.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

22.06.18 Суточная глюкозурия –4,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.06.18 Микроальбуминурия –235,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.06 2.00-9,1 | 16,0 | 14,5 | 7,2 | 8,8 | 11,6 |
| 22.06 2.00-4,1 | 3,6 | 8,3 | 14,2 | 4,7 | 7,0 |
| 24.06. 2.00-5,6 | 5,6 | 4,8 | 3,1 | 9,3 | 5,2 |
| 25.06 | 4,8 |  |  |  |  |

22.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии сужены, вены значительно расширены, сосуды извиты, в макулярной области без особенностей. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

19.06.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. С-м ранней реполяризации желудочков.

22.06.18 Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0. Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1 мес ЭХОКС

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

22.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Липоатерома спины средних размеров, невоспаленная: Рек: уаделение атеромы под местной анестезией в плановом порядке.

19.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8см3; лев. д. V = 5,1 см3

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

Лечение: Хумулин Р, Хумулин НПХ, эспа-липон, милдракор, витаксон, норфлоксацин

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах целевого уровня, гипогликемические состояния не отмечаются, несколько уменьшились боли в икроножных мышцах . отмечается положительная динамика в анализах мочи. АД 120/80 мм 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: Хумулин Р п/з- 18-20ед., п/о- 16-18ед., п/уж -18-20 ед., Хумулин НПХ п/з 27 ед, п/у 22.00 32-34 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес. Повторить микроальбуминурию после нормализации анализов мочи по Нечипоренко.
6. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
7. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес. плестазол 1т 1р/д
8. Продолжить норфлоксацин 1т 2р/д до 10 дней. Контроль СОЭ, ОАМ в динамике.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.