#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 588

##### Ф.И.О: Сиващенко Виталий Владимирович

Год рождения: 1990

Место жительства: Приморский р-н. г. Приморск ул. Рима 90а

Место работы: н/р

Находился на лечении с 24.04.18 по 07.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, , тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст СН 0 ст СВД вестибуло-атактический с-м. Имммунодефицитное состояние.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния практически ежедневно, чаще в ночное время суток, купирует приемом сладкого питья, в/в введением 40% глюкозы, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общая слабость, утомляемость, дискомфорт в эпигастральной области

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о-12 ед., п/у- 12ед., Протафан НМ 22.00 – 23-24 ед. .Гликемия –1,9-22,0 ммоль/л. НвАIс – 8,5 % от 11.2017. Последнее стац лечение 01.2017 после выписки из стационара продолжил лечение в иммунолог. отд ЗОКБ ( выписной эпикриз прилагается). В течение 3х мес. ухудшение состояния, участились тяжелые гипогликемические состояния без предвестников. Страдает хр. панкреатитом, хр, гастродуоденитом, 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 | | |
| 25.04 | 174 | 5,2 | 7,9 | 4 | | 209 | | 2 | 2 | 69 | 25 | | 2 | | |
| 02.05 | 171 | 5,1 | 4,4 | 17 | |  | | 1 | 1 | 59 | 38 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 25.04 | 96 | 5,5 | 1,44 | 1,29 | 3,54 | | 3,2 | 3,9 | 95 | 11,5 | 2,7 | 1,8 | | 0,28 | 0,15 |

27.04.18 Глик. гемоглобин – 9,7%

25.04.18 К – 5,15 ; Nа – 134 Са++ - 1,08С1 -103,6 ммоль/л

### 25.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк –0-01 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

26.04.18 Суточная глюкозурия – 0,33 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.04.18 Микроальбуминурия – 34,3мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.04 | 69 | 11,9 | 6,7 | 5,1 |
| 25.04 2.00-11,0 | 16,1 | 15,2 | 4,3 | 13,2 |
| 29.04 | 7,1 | 4,7 | 8,3 | 9,4 |
| 01.05 | 11,2 | 6,5 | 4,1 | 9,9 |
| 02.05 | 9,0 | 10,3 | 5,1 | 6,3 |
| 03.05 | 7,3 |  |  |  |
| 04.05 2.00-5,0 |  |  |  |  |

03.05.18Невропатолог: СВД вестибуло атактический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3),

19.01.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды широкие гр. четки, умеренно извиты, вены уплотнены, ед. микроаневризмы. , Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

30.04.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена вправо. Выраженные изменения миокарда задней стенки На ЭКГ от 24.04.18 данные те же

02.05.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст СН 0 ст

24.04.18Имунолог: ИДС

01.2018 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.04.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

01.2018 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,7см3; лев. д. V = 6,7см3

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

Лечение: Новорапид, Тресиба, предуктал MR, биовен, Актрапид НМ, Протафан НМ, гентрал, берлитион.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, Пациент переведен на введение аналогами инсулина Новорапид, Тресиба, подобраны дозы данных видов инсулина, гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-12-14 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -6-8 ед., Тресиба п/ у 22-24 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: ивабрадин 5 мг 1-2 р/д предуктал MR 1т 2р/д 1 мес. Контроль ЭКГ.
9. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
10. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес.,
11. Рек. невропатолога: УЗД МАГ, МРТ глоовного мозга в плановом порядке, продолжить прием антидеприсантов
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.