#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 382

##### Ф.И.О: Шило Леонид Валентинович

Год рождения: 1972

Место жительства: Черниговский р-н, с. В Токмак ул. Степанова 30

Место работы: н/р

Находился на лечении с 15.03.18 по 27.03.18 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 Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ревматоидный артрит, серопозитивный тип, акт 1, Ro II-III НФС 1. .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение кистей, стоп, повышение АД макс. до 130/80 мм рт.ст., гипогликемические состояния связанные с физ нагрузкой или нарушением режима питания.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г С ухудшением состояния обратился в поликлинику по м/ж (сахар крови 40,2) госпитализирован в ОИТ ЗОЭД. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, комы. (гипогликемические: 1998, 2002, 2016 (2 случая)). С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее вводил Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р , затем переведен на Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В 2016 в связи с декомпенсацией, гипогликемическими состояниями переведен на Актрапид НМ, Протафан НМВ наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 14 ед., п/о- 12ед., п/у-14 ед., Протафан НМ 22.00 14 ед. Гликемия –9-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает липрил 5 мг утром. С 2000 ревматоидный артрит, принимает метипред 4 мг, метатрексан 5 мг 1р/нед. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.03 | 125 | 3,9 | 7,9 | 12 | 2 | 1 | 65 | 29 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.03 | 102 | 7,47 | 1,18 | 3,2 | 3,7 | 1,3 | 4,2 | 71,5 | 13,9 | 3,1 | 2,8 | 0,45 | 0,75 |

16.03.18 Глик. гемоглобин -8,4 %

16.03.18 К – 4,32 ; Nа – 135 Са++ -1,19 С1 - 102 ммоль/л

### 16.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

20.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

19.03.18 Суточная глюкозурия – 1,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.03.18 Микроальбуминурия – 82,9мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.03 | 6,3 | 11,6 | 3,0 | 6,4 |  |
| 18.03 | 12,3 | 7,7 | 12,2 | 3,8 | 12,7 |
| 20.03 | 9,5 | 7,4 | 3,6 | 5,1 |  |
| 21.03 | 10,2 | 7,1 | 4,7 | 4,8 | 10,0 |
| 23.03 2.00-8,2 | ,7 | 9,1 | 4,7 | 4,9 |  |
| 25.03 | 8,5 | 9,7 | 9,0 |  |  |
| 26.03 | 9,4 |  |  |  |  |

15.03.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.03.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.03.18 Ангиохирург : Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

20.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

14.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы.

21.03.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия мелких конкрементов, микролитов в почках без нарушения укрокинетики.

20.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V = 7,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, метипред, метотрексат, индапрес, липрил, кокарнит, пирацетам, тризипин, тиогамма

Состояние больного при выписке: За период лечения корригированы дозы инсулина 19.03.18 отмечался факт гипогликемической комы, при увеличении инсулина Актрапид НМ на 2 ед. – в/в водилась 60 мл 40% глюкозы АД 110/80 мм рт. ст.

От сдачи крови на ТТГ, АТТПО, консультации ревматолога отказался, о чем имеются записи в истории болезни.

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: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о-10 ед., п/уж -8 ед., Протафан НМ 22.00 14 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром,. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Определение ТТГ, АТТПО

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.