#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1245

##### Ф.И.О: Козачище Владимир Владимирович

Год рождения: 1983

Место жительства: Токмакский р-н, с. Новониколаевка ул. Космическая 89

Место работы: н/р, инв II гр детства

Находился на лечении с 24.09.18 по  05.10.18 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 I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки по смешанному типу ОИ. ХОЗЛ Ш ст, обострение. Бронхиальная астма. тяжелое персистирующее течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния в различное время суток, купирует их дополнительным приемом пищи, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головокружение, сухой кашель, отдышку при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985г (в 2х летнем возрасте) в кетоацидотической коме. Весь период принимал Актрапид НМ, Протафан НМ Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з26 ед., п/о- 16ед., п/у- 10-12ед., Протафан НМ 22.00 28 ед. Гликемия –2,5-15 ммоль/л. НвАIс – 9,2 % от 19.09.18 . Последнее стац. лечение в 2013г. В 2016 перенес флегмону левой стопы, лечение в х/о ЦРБ. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг, эналаприл 2,5 мг. 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 | | |
| 25.09 | 162 | 4,9 | 11,5 | 15 | |  | | 3 | 4 | 62 | 27 | | 4 | | |
| 05.10 | 152 | 4,6 | 9,6 | 28 | |  | | 2 | 3 | 58 | 31 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 25.09 | 111 | 5,0 | 1,05 | 1,79 | 2,72 | | 1,7 | 4,2 | 76 | 10,8 | 2,7 | 2,8 | | 0,35 | 0,14 |

26.09.18 Анализ крови на RW- отр

25.09.18 К –3,9 ; Nа –137,1 Са++ 1,12- С1 -98,3 ммоль/л

### 25.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 эрит 0-1 в п/зр белок – 0,124 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр слизь, мочевая кислота, оксалаты

27.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 1000 эритр - белок – 0,075

26.09.18 Суточная глюкозурия –1,9 %; Суточная протеинурия – 0,06г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.09 | 6,6 | 8,7 | 10,6 | 9,6 | 4,2 |
| 29.09 | 7,2 | 13,2 | 5,1 | 5,4 | 3,8 |
| 02.10 | 3,5 | 7,7 |  | 13,5 | 14,4 |
| 04.10 |  |  | 3,5 | 4,8 | 3,9 |
| 05.10 | 7,6 |  |  |  |  |

28.09.18 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,3 н/к ;.

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 вены широкие, извиты, стенки утолчены, артерии извиты, с-м « серебряной проволки», с-м Салюс 1 ст В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки по смешанному типу ОИ.

24.09.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНГПГ..

26.09.18 Аллерголог: ХОЗЛ Ш ст, обострение. Бронхиальная астма. тяжелое персистирующее течение.

26.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

25.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

03.10.18 УЗИ почек: Структурных изменений органов МВС не выявлено

24.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V 9,4 см3; лев. д. V = 6,4 см3

Перешеек – 0,62см.

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, протофнап, эспа-липон, мильгамма, тивортин, бисопролол, эналаприл, левофлоксацин. АЦЦ,

Состояние больного при выписке: Сохраняется неустойчивая гликемия с тенденцией к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. , уменьшился кашель. АД 120/80мм 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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-24-26 ед., п/о- 14-16ед., п/уж -10-12 ед., Протафан НМ 22.00 26-28ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5-5 мг утром, бисопролол 5 мг, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Контроль ОАК в динамике.
10. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.