#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1306

##### Ф.И.О: Логвиненко Роман Сергеевич

Год рождения: 1988

Место жительства: Вольнняский р-н, с. Матвеевка ул. Ленина 279

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 05.10.18 по  01.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисметаболическая энцефалопатия, умеренное когнитивное снижение, церебрастенический с-м. Диффузный зоб 0-1 ст. Эутиреоидное состояние. НЦД по смешанному типу СН0.

Жалобы при поступлении колебания глюкозы крови, гипогликемические состояния на фоне физ нагрузок в дневное время, утренние часы, плохое распознавание предвестников гипогликемии, общую слабость, боли в н/к, на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г в кетоацидотическом состоянии с начала заболевания на инсулинотерапии: Генсулин Р, Генсулин Н в 4х кратном режиме, Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома гипогликемическая – 01.2017. Кетоацидотическое состояние II ст 17.09.18 был госпитализирован в ОРИТ Вольнянской ЦРКБ. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з-12 ед., п/о- 10ед., п/у- 6ед., Генсулин Н 22.00 – 16 ед. Гликемия –15,4 ммоль/л. Амбулаторно неоднократно регистрировалась глюкоза крови 1,8-2,0 ( без клинических проявлений). Последнее стац. лечение в 2017г. направлен эндокринологом по м/ж в связи с частыми гипогликемическими состояниями для подбора инсулинотерапии.

Анамнез жизни: Диффузный зоб 1 ст с 2017, ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 51,1 (0-30) МЕ/мл С 2017 повышение печёночных трансаминаз, маркеры вирусных гепатитов не сдавал.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 08.10 | 130 | 3,,9 | 6,1 | 20 | |  | | 1 | 1 | 62 | 31 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 08.10 | 115 | 7,07 | 1,76 | 1,68 | 4,58 | | 3,2 | 4,0 | 72 | 10,8 | 2,8 | 1,39 | | 1,05 | 1,57 |
| 25.10 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 12,2 | 2,9 | 2,5 | | 0,85 | 0,58 |

08.10.18 Глик. гемоглобин -11,0 %

08.10.18 Анализ крови на RW- отр

08.10.18 К – 4,57 ; Nа –137,2 Са++ - 1,08С1 - 103 ммоль/л

### 09.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –5-6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ум ; эпит. перех. - ед в п/зр слизь, моли мочевой кислоты

08.10.18 Суточная глюкозурия – 3,2%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.10 |  |  |  | 3,9 | 3,5 |
| 06.10 | 7,5 | 5,1 | 4,4 | 2,4 | 4,5 |
| 08.10 | 7,2 | 11,8 | 2,3 | 2,0 |  |
| 09.10 2.00-4,3 | 6,5 |  |  | 5,7 |  |
| 11.10 | 2,9 |  |  |  |  |
| 12.10 | 5,8 | 6,1 | 4,8 | 5,5 |  |
| 16.10 |  |  |  | 18,1 | 15,2 |
| 17.10 | 4,3 | 5,5 | 15,5 | 20,5 | 24,4 |
| 19.10 | 13,0 | 14,0 |  |  |  |
| 22.10 | 17,8 | 18,5 | 18,5 | 26,7 | 23,3 |
| 24.10 | 5,3 | 2,6 | 8,2 | 14,2 | 11,8 |
| 26.10 2.00-19,1 | 16,9 | 11,6 | 13,9 | 18,6 | 20,0 |
| 28.10 2.00-11,1 | 7,9 | 9,7 | 15,4 | 18,2 | 21,3 |
| 30.10 | 15,1 | 23,2 | 3,1 | 8,9 | 9,7 |
| 31.10 | 7,9 | 9,3 | 11,1 | 3,9 | 7,9 |

12.08.18Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,6 ;. Гл. дно: сосуды широкие, умеренно извиты, вены уплотнены, в макуле без особенностей.

17.10.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

18.10.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН0.

12.10.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

12.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

16.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в н/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре,.

05.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,6 см3; лев. д. V = 9,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,25 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Р , Генсулин Н, Новорапид, Левемир, физиолечение

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Левемир Новорапид в связи с отсутствием возможности компенсации на фоне введения генно-инженерных видов инсулина. Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированых значений, гипогликемические состояния не отмечаются. уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» предупрежден о переводе на генно-инженерные инсулины при неудовлетворительной компенсации (глик. гемоглобин более 7,5%)

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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 14-16ед., п/о- 14-16ед., п/уж – 14-16ед., Левемир 22.00 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. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5-5 мг утром, Контр. АД.
8. УЗИ щит. железы 1р, ТТГ . в год.
9. Маркеры вирусных гепатитов В и С, контроль печеночных проб в динамике.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.