#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1381

##### Ф.И.О: Шелаев Александр Викторович

Год рождения: 1986

Место жительства: г. Энергодар, ул. Строителей 6-7

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 22.10.18 по  01.11.18 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 ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия СН0.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния 3-4р/нед. чаще в ночное время суток, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. . Комы отрицает.. Постоянно инсулинотерапия. Ранее принимал инсулин новомкс в 2х кратном режиме. В связи с отсутствием компенсации на данной схеме в о время стац лечение в эндодсипансере в 2017 переведен на Новорапид, Новомикс. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 12ед., п/о- 12ед., Новомикс п/у-18-20 ед. Отмечает нестабильность гликемии на применении инсулина Новомикс ( гипогликемические состояния в вечернее и ночное время суток при увеличении дозы инсулина, и гипергликемию в утренние время при уменьшении дозы. Пациент самостоятельно периодически приобретает инсулин Левемир, Лантус. Со слов больного отмечается устойчивая компенсации на данном виде инсулина. Гликемия –1,5-15 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. 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 | | |
| 23.10 | 149 | 5,08 | 6,0 | 8 | |  | | 1 | 1 | 55 | 40 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.10 | 110,6 | 4,43 | 1,23 | 1,28 | 2,58 | | 2,4 | 4,9 | 89 | 12,3 | 3,0 | 2,1 | | 0,11 | 0,13 |

24.10.18 Глик. гемоглобин -9,1 %

26ТТГ – 2,4 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – 16,7 (0-30) МЕ/мл

23.10.18 К – 4,66 ; Nа –130 Са++ 1,14- С1 -103 ммоль/л

### 23.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

24.10.18 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.18 Микроальбуминурия – 52,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.10 | 11,1 | 7,1 | 7,7 | 5,1 |
| 25.10 | 4,9 | 5,5 | 4,3 | 3,7 |
| 27.10 | 13,4 | 8,5 | 6,1 | 7,4 |
| 28. 2.00-3,8 |  |  |  |  |
| 30.10 2.00-5,5 | 5,9 | 13,0 | 3,4 | 7,6 |
| 31.10 | 8,4 | 3,7 | 5,3 |  |
| 01.11 | 5,3 |  |  |  |

26.10.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,6 ;.

Гл. дно: сосуды сужены, извиты ,вены полнокровны ,микроаневризмы, в макуле депигментация. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.10.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

24.10.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0.

24.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

23.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 незначительно нарушена.

22.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,4 см3; лев. д. V = 8,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура, крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,5 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, Новоомкс, тиогамма, актовегин, витаксон.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, гипогликемических состояний после проведённой коррекции инсулинотерапии не отмечается уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

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: Новорапид п/з-10-14 ед., п/о- 10-14ед., п/уж -8-10 ед., Левемир 22.00 12-14 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д. дообследование ЭХОКС.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.