#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 71

##### Ф.И.О: Иващенко Игорь Григорьевич

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Запорожье ул. Радио 26-16

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 12.01.18 по 25.01.18 в энд. 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 (NSS 4, NDS3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. НЦД по смешанному типу. СН0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, периодические гипогликемические состояния в различное время суток, купируемые приёмом пищи. Чувство изжоги после еды. тяжесть в эпигастральной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г Выявлен при обращении к врачу по поводу прогрессирующего снижения веса в кетоацидотическом состоянии. С того же времени инсулинотерапия. Пользовался Актрапид НМ, Протафан НМ, в дальнейшем (Новорапид, Микстард). С 2007 в связи с гипогликемическими состояниями переведен на аналоги: Эпайдра, Лантус. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14 ед., п/о-14-12 ед., п/у-12-14 ед. Лантус 22.00 – 22 е. Гликемия –2,7-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Диффузный зоб с 2007, АТТПО – 13,0 МЕ/мл (0-30), АТТТГ – 14,9 МЕ/ мл (0-100) от 2007. ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) от 2017. 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 |
| 16.01 | 161 | 5,0 | 6,9 | 12 | 1 | 7 | 75 | 14 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.01 | 73 | 5,76 | 0,91 | 1,79 | 3,55 | 2,2 | 5,8 | 109 | 12,4 | 3,0 | 1,2 | 0,42 | 0,3 |

16.01.18 Глик. гемоглобин – 8,8%

16.01.18 Анализ крови на RW- отр

16.09.18Св.Т4 - 12,6 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

16.01.18 К – 4,32 ; Nа –136 Са++ - 1,12С1 - 108 ммоль/л

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

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

17.01.18 Суточная глюкозурия – 1,02%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.01.18 Микроальбуминурия –26,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.01 | 12,3 | 10,7 | 4,1 | 5,6 |  |
| 17.01 | 6,8 |  |  |  |  |
| 21.01 | 8,4 | 8,8 | 5,89 | 4,7 | 4,7 |
| 22.01 2.00-3,9 |  |  |  |  |  |
| 24.01 | 7,1 | 6,3 | 4,0 | 5,4 | 9,3 |
| 25.01 2.00-7,5 |  |  |  |  |  |

23.01.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS3),

17.01.18Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 .

Уплотнены в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды умеренно сужены, извиты, начальный ангиосклероз. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

15.01.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево.

18.01.8Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН0.

17.01.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

22.01.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба желчного пузыря в области шейки, застоя в желчном пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

18.01.18 Р-скопия пищевод свободно проходим, лежа без особенностей. Желудок нормотоничен, складки отечные, эвакуация не нарушены, увеличение ретрогастрального пространства, за счет тела поджелудочной железы. ЖКТ: хр. гастрит хр. Панкреатит.

15.01.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5см3; лев. д. V = 8,3см3

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, актовегин, тиогамма, мильгамма, эссенциале

Состояние больного при выписке: Нормализовались показатели гликемии клинически гипогликемических состояний не отмечает уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Уменьшились тяжесть в эпигастральной области, изжога.

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 <5,3ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-14-16 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -8-10ед., Лантус 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек кардиолога: дообследование ЭХОКС, повторный осмотр.
9. Тиогамма 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.
10. Конс. гастроэнтеролога с результатами дообследования по м/ж.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.