#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1413

##### Ф.И.О: Емченко Андрей Александрович

Год рождения: 1971

Место жительства: г. Запорожье ул. Заднепровская 28а-59

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.11.16 по 05.12.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Частичный гемофтальм OS. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия. Последствия перенесенной ЧМТ (2014), цефалгический с-м. Метаболическая кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия (бигеминия) СН 0-1. АГ 1 II ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния 3-4 р/ нед в разное время суток, включая в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1980г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10-12 ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Протафан НМ 22.00 – 20 ед. Гликемия –2,0-22,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2006г. Боли в н/к в течение 20 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.11.16 Общ. ан. крови Нв – 154 г/л эритр –4,6 лейк – 4,3 СОЭ –2 мм/час

э- 0% п- 0% с-66 % л- 22% м-12 %

16.11.16 Биохимия: СКФ – 69 мл./мин., хол –6,9 тригл -0,97 ХСЛПВП -2,47 ХСЛПНП -4,0 Катер -1,8 мочевина –4,0 креатинин – 123 бил общ –17,2 бил пр – 4,3 тим – 0,95 АСТ – 0,1 АЛТ –0,49 ммоль/л;

25.11.16 мочевина 5,9 креатинин - 143

17.11.16 Глик. гемоглобин – 9,9%

16.11.16 Анализ крови на RW- отр

18.11.16 Св.Т4 - 22,0 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 2,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –135,6 (0-30) МЕ/мл

### 16.11.16 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

17.11.16 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 17.11.16 Микроальбуминурия –13,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.11 | 11,3 |  | 9,6 | 5,5 |
| 19.11 | 12,1 | 11,0 | 11,7 | 12,1 |
| 23.11 | 12,5 | 12,6 | 13,1 |  |
| 24.11 | 11,6 | 12,1 | 8,3 |  |
| 29.11 | 9,1 | 7,7 | 3,6 |  |
| 01.12 | 11,2 | 7,3 | 5,7 |  |
| 02.12 | 9,3 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

16.11.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. последствия перенесенной ЧМТ ( 2014), цефалгический с-м

16.11.16Окулист: Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Частичный гемофтальм OS.

15.11.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка

17.11.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия (бигеминия) СН 0-1. АГ II ст.

28.11.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.01.16Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

17.11.16 РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

29.11.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника. .

16.11.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,2 см3; лев. д. V = 9,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы

Лечение: нолипрел, предуктал MR, аспирин кардио, этамзилат, Эпайдра, Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма, мильгамма, нуклео ЦМФ, цераксон, Тожео,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, гипогликемические состояния не беспокоят. АД 130/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Эпайдра, Тожео.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Тожео 8.00 – 30-32 ед. Эпайдра п/з- 6-10ед., п/о-6-10 ед., п/уж – 6-10ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р\д , аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,этацизин 25 мг 3р/д. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д конс. витреоретинального хирурга.
12. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или АРА II.
13. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.А.