#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1435

##### Ф.И.О: Петрик Сергей Николаевич

Год рождения: 1974

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Михайловка, ул. Космическая, 7

Место работы: ВМУ ВГ, автослесарь, инв. III гр.

Находился на лечении с 31.10.18 по  16.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Диффузный зоб 1 ст., эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ночное время и ранние утренние часы, в связи с чем самостоятельно уменьшил дозу вводимого инсулина в течение последних 2-х месяцев, ухудшение памяти, ухудшение зрения, онемение и снижение чувствительности ног, парестезии и похолодание в н/к, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головокружение при изменении положения тела в пространстве, боли в поясничной области после физ.нагрузок.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1994 г., при прохождении службы в Армии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Гипогликемическая кома в 2006 г. С начала заболевания на инсулинотерапии. Получал Хумодар Б100Р, Актрапид НМ, Протафан НМ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В 12.2017 в связи с частыми гипогликемическими состояниями в ЗОЭД переведен на Айлар, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 0-2 ед., п/о- 2 ед., п/у- 0-2 ед., в 12.00 Айлар 20 ед. Гликемия – 2,4-14,0 ммоль/л. НвАIс – 7,3 % от 15.06.18. Последнее стац. лечение в 2017 г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: . Диффузный зоб I ст. с 2017 г. ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 59,4 (0-30) МЕ/мл от 2017г. 2005 –ламинэктомия L4-L5, удаление хронического абсцесса позвоночника.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 01.11 | 175 | 5,02 | 5,6 | 4 | |  | | 1 | 0 | 58 | 38 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.11 | 86,7 | 5,52 | 1,33 | 1,99 | 2,92 | | 1,8 | 5,0 | 87 | 32,8 | 8,1 | 0,9 | | 0,27 | 0,12 |

01.11.18 Глик. гемоглобин – 7,8%

01.11.18 ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/мл

01.11.18 К – 4,9; Nа – 138; Са++ - 1,19; С1 - 99 ммоль/л

### 01.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1007; лейк – 1-2 в п/зр; белок – отр; ацетон –отр; эпит. пл. – ед.

01.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – эритр - белок – отр

02.11.18 Суточная глюкозурия, суточная протеинурия – отр

##### 02.11.18 Микроальбуминурия – 35,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.10 |  |  |  | 13,2 | 14,3 |
| 01.11 | 5,6 | 9,5 |  | 2,9 | 5,6 |
| 02.11 | 4,5 |  |  |  |  |
| 03.11 | 11,5 | 15,9 | 12,8 | 11,5 | 10,2 |
| 05.11 | 10,7 | 11,9 | 16,9 | 7,1 | 6,1 |
| 07.11 | 2,8 | 8,3 | 6,7 | 3,6 | 2,9 |
| 08.11 | 5,2 |  |  | 12,1 | 8,2 |
| 09.11 | 4,5 | 5,8 | 7,8 | 13,2 | 6,3 |
| 10.11 2.00-4,9 | 3,8 |  |  |  |  |
| 12.11 | 11,4 | 10,0 | 2,7 | 14,4 | 13,8 |
| 13.11 | 3,9 |  |  |  | 8,6 |
| 15.11 | 7,8 | 10,1 | 17,2 | 3,9 |  |

07.11.18 Окулист: VIS OD= 1,0; OS= 1,0; Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие, справа начальная неоваскуляция, слева – выраженная неоваскуляция, васкулярные клубки, сосуды неравномерно извиты, вены полнокровны. В макулярной области рефлекс сглажен. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия OS . Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. рек: ангиография сосудов сетчатки ОИ

08.11.18 Окулист: НА ангиографии ОИ – снижение плотности сосудов поверхностного глубокого сплетений, хориокапилляров, микроаневризмы, снижение плотности сосудистого кровотока паравазальной зоны. OS неоваскуляризация ДЗН, в парамакулярной зоне. Учитывая данные ОСТ, ангиографию Дз: Пролиферативная диабетическая ретинопатия OS . Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. рек: ангиография сосудов сетчатки ОИ Рек: трайкор 145 1т 1р/д 2 мес затем контроль АСТ, АЛТ, креатинин, - принормальных цыфрах продолжить прием препарата.

31.10.18 ЭКГ: ЧСС – 63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

06.11.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Рек. кардиолога: ЭХОКС, динамика АД ,гл. дно, небивалол 5 мг 1р/д., контроль ЧСС.

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

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

31.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,1 см3; лев. д. V = 10,4 см3Перешеек – 0,6 см.

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

Лечение: Айлар, Новорапид, , пирацетам, диалипон, эналаприл ,ксантинола никотинат, бисопролол,

Состояние больного при выписке: пациент в течении 10 мес получает аналоги инсулина (Айлар, Новорапид). Гипогликемические комы в течение 10 мес не зарегистрированы. НвА1с от 02.11.18 – 7,8%, показан перевод на генно-инженерные виды инсулина, от которого пациент отказался. Ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» , согласен на софинансирование. Уменьшена доза айлара, гипогликемические состояния не отмечаются, нормализовалась гликемия натощак, сохраняется нестабильная постпрандиальная гликемия, дозы Новорапида откорегиррованы, рекомендован подсчет ХЕ, самоконтроль глюкозы крови в амб. условиях. На фоне инфузионной терапии несколько уменьшилось онемение н/к, стабилизировалось АД 140/80 мм рт ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, окулиста 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: Айлар 12.00 15-17 ед Новорапид п/з-2-4 ед., п/о- 4-6ед., п/уж -2-4 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гипотензивная терапия: бисопрлол 2,5 мг 1/2т утром, эналаприл 10 мг утром 1-2 р/д,, лоспирин 75 1т на ночь, контроль АД, ЧСС .
7. альфалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., пирацетам (тиоцетам) 1т 3р/д 1 мес, витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес..
8. Союлюдение рекомендаций окулиста от 08.11.18 (см. выше)
9. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. диета богатая йодом
10. Б/л серия. АДЛ № 177863 с 31.10.18 по 16.11.18 к труду 17.11.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.