#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1111

##### Ф.И.О: Онищенко Александр Владимирович

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье, ул. Балка-Поповка 170

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.08.18 по  03.09.18 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. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II- ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Артифакия ОИ. ДЭП II – Ш сочетанного генеза. Стойкие остаточные явления ЗЧМТ (1983) Контузия головного мозга, посттравматический церебральный арахноидит с ликворно динамическими кризами, выраженный вестибулоатактический с-м. Стойкий цефалгический с-м. Астено-тревожно-невротический с-м. Сосудистые кризы смешанного характера. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, участившиеся гипогликемические состояния без видимых причин, нестабильность гликемии на одних и тех же дозах инсулинотерапии, увеличение веса на 3 кг за 3 мес, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/110 мм рт.ст., частые головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. ССП в течение 6 мес без эффекта, затем постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о- 10-12ед., п/у- 10-12ед., Лантус 22.00 30 ед. В анамнезе ДТЗ в 2006, с 2006 тиреостатики не принимает. В течение последних 5 мес участились гипогликемические состояния ( колебания от 1,0-3,7-11,2). Был предложен перевод на инсулин Тожео от которого пациент воздерживается. В 02.2018 курс лечения в госпитальном отделении ЗОКБ, выписной эпикриз № 2652, проводилась коррекция инсулинотерапии, гликемия 2,3-2,5 ммоль/л, 08.04.18 гликемия 1,0, приведшая к ЧМТ, требующая посторонней медицинской помощи НвАIс – 8,7 % от 16.08.18. Госпитализирован для подбора адекватного вида инсулина , лечения хр. осложнений СД. Последнее стац. лечение в 2013г.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 23.08 | 137 | 4,1 | 7,2 | 12 | |  | | 2 | 2 | 67 | 26 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.08 | 62 | 6,0 | 1,02 | 1,49 | 4,05 | | 3,0 | 7,2 | 125 | 12,7 | 3,1 | 1,2 | | 0,46 | 0,47 |

31.08.18 ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

23.08.18 К –4,78 ; Nа 136,5– Са++ 1,09- С1 -103,2 ммоль/л

### 24.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

27.08.18 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 30.08.18 Микроальбуминурия –92,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.08 | 13,2 | 7,2 | 6,1 | 10,9 |  |
| 27.08 | 12,1 |  |  |  |  |
| 28.08 | 7,3 |  |  |  |  |
| 29.08 | 7,3 | 6,6 | 7,4 | 10,9 |  |
|  |  |  |  |  |  |

12.02.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Стойкие остаточные явления ЗЧМТ (1983) Контузия головного мозга, посттравматический церебральный арахноидит с ликворно динамическими кризами, выраженный вестибулоатактический с-м. Стойкий цефалгический с-м. Астено-тревожно-невротический с-м. Сосудистые кризы смешанного характера.

30.08.18 Окулист: артифакия Гл. дно: артерии сужены, вены расширены, сосуды умеренно извиты, склерозированы, В макуле без особенностей . Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Артифакия ОИ.

12.02.18ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. позиция полувертикальная..

28.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4см3; лев. д. V =6,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: . Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Тресиба, Новорапид, небилет, амлодипин, диалипон, актовегин, пирацетам, престариум,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. 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 Тресиба

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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 10-12ед., п/о-12-14 ед., п/уж -14-16 ед., Тресиба 22.00 32-34 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Конс кардиолога по м/ж
9. Гипотензивная терапия: престариум 5 мг. Контр. АД.
10. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
11. Осмотр невропатолога по м/ж
12. 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.В.