#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1221

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

Год рождения: 1971

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 19 .09.18 по  29.09.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия. ДМП 0-1 ОД. пролиферативная диабетическая ретинопатия ДМП 4, эпимакулярный фиброз OS Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к.. Последствия перенесенной ЧМТ (2014), цефалгический с-м. ОРВИ

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния в различное время суток при соблюдении режима инсулинотерапии, диетотерапии, режима физ. активности, резкое ухудшение зрения, связывает с перенесенными гипогликемиями. повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, слабость ,утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. принимал Актрапид НМ , Протафан НМ. В 2016 в связи с отсутствием стойкой компенсации переведен на Тожео, Эпайдра . В наст. время принимает: Эпайдра п/з-3 ед., п/о- 4ед., п/у-4 ед., Тожео п/з 28 ед, Гликемия –2,0-2,0-13,0 ммоль/л. однако на фоне данного лечения достичь стойкой компенсации не удается, участились гипогликемические состояния, требующие посторонней помощи, резкое ухудшение зрения. . осмотрен окулистом Визуса, окулистом Киевского центра терапии и микрохирургии глаза от 07.09.18 (закл. прилагается) проведено ПРЛК рекомендован строй контроль гликемии. НвАIс – 8,6% от 07.02.18. Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данн.ые лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 20.09 | 156 | 4,7 | 5,1 | 9 | |  | | 2 | 1 | 54 | 38 | | 5 | | |
| 27.09 | 160 | 4,8 | 6,5 | 11 | | 186 | | 1 | 2 | 48 | 46 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 89 | 6,17 | 1,11 | 2,14 | 2,65 | | 1,9 | 3,5 | 89 | 14,3 | 3,1 | 1,4 | | 0,29 | 0,59 |

20.09.18 К – 4,4 ; Nа –141 Са++ -1,17 С1 - 104 ммоль/л

### 20.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  .профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.09 | 3,8 | 9,5 | 12,2 | 5,0 |
| 19.09 | 9,0 | 11,5 | 13,8 | 5,1 |
| 20.09 | 6,0 | 10,5 | 8,0 | 8,4 |
| 21.09 | 6,6 | 10,7 | 6,7 | 5,0 |
| 24.09 | 5,8 | 9,8 | 8,4 | 6,6 |
| 26.09 | 7,2 | 7,2 | 9,0 | 8,6 |
| 27.09 | 6,3 | 9,3 |  |  |

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

03.09.18 Окулист (Визус) пролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. пролиферативная диабетическая ретинопатия OS с формирующееся тракционной отслойкой

05.09.18 Окулист: Киевского центра терапии и микрохирургии глаза: Пролиферативная диабетическая ретинопатия. ДМП 0-1 ОД. пролиферативная диабетическая ретинопатия ДМП 4, эпимакулярный фиброз OS

28.11.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.09.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

21.09.18 Р-гр ОГК с обеих сторон обогащение лег рисунка, корни расширены малоструктурны, сердце без особенностей. Зак: Р-картина бронхита.

20.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

19.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,9см3; лев. д. V =7,4 см3

По сравнению с ЗИ от 2016 размеры железы уменьшились контуры ровные.

Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы..

Лечение: Тожео, Эпайдра, Новорапид , Тресиба

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, гипогликемии не отмечаются, уменьшились боли в н/к. АД 110/80 мм 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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 3-4ед., п/о-4-5 ед., п/уж -4-5 ед., Тресиба п/з 20-22 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. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Конс невропатолога, , кардиолога по м/ж
10. 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.