#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 797

##### Ф.И.О: Райзеров Александр Сергеевич

Год рождения: 1984

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Криничка ул. Юбилейная 77

Место работы: АО «Мотор Сич» , слесарь инструментальщик.

Находился на лечении с 29.05.18. по 20.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние .

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, гипогликемические состояния в ночное время и вечерние часы, а также на фоне физ . нагрузок днем. увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, болисудороги, онемение в н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. в кетоацидотическом состоянии. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан НМ). Течение лабильное , в анамнезе частые гипогликемческие состояния, дважды гипогликемические комы в 2008 году ( со слов). В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 20ед., п/о- 22ед., п/у-16-18 ед., Протафан НМ 22.00 – 30 ед. Гликемия –3,0-12,0 ммоль/л. НвАIс – 9,7 % от 04.4.18 . Последнее стац. лечение в 2013г. В 11.2016 флегмона пр бедра после укуса насекомого ( стац лечение в х/о Вольнянской ЦРБ). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 30.05 | 153 | 4,6 | 6,1 | 9 | |  | | 1 | 1 | 50 | 45 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 30.05 | 92,6 | 6,1 | 2,4 | 1,58 | 3,9 | | 3,1 | 6,2 | 99 | 11,6 | 2,4 | 2,7 | | 0,29 | 0,47 |

08.06.18 Глик. гемоглобин -10,5 %

01.06.18 ТТГ – 0,75 мкМЕ/мл ( 0,4-4,0) АТТПО – 10,0 МЕ/мл ( 0-35)

30.05.18 Анализ крови на RW- отр

30.06.18 К –4,71 ; Nа –138,5 Са++ -1,11 С1 -100,1 ммоль/л

### 30.06.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - в п/зр слизь +, бактерии +

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

14.06.18 Суточная глюкозурия – 1,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 01.06.18 Микроальбуминурия – 15,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.05 | 6,5 | 2,8 | 11,6 | 5,0 |  |
| 01.06 | 19,0 | 12,9 | 6,2 | 3,7 | 7,0 |
| 03.06 | 16,8 | 11,2 | 8,2 | 2,6 | 7,8 |
| 05.06 2.00-16,5 | 18,9 |  | 10,2 | 7,3 | 3,0 |
| 06.06 2.00-14,8 | 19,3 | 11,1 |  |  |  |
| 07.06 2.00-11,9 | 20,5 | 10,1 | 5,4 | 6,9 | 6,7 |
| 09.06 2.00-8,3 | 3,6 | 8,3 | 12,3 | 7,2 | 10,8 |
| 10.06 2.00-6,4 | 4,7 | 5,6 | 10,4 | 3,8 | 7,5 |
| 11.06 | 7,5 | 5,8 | 6,2 | 11,4 | 7,7 |
| 12.06 2.00-2,4 |  |  |  |  |  |
| 14.06 | 9,4 |  | 2,1 | 3,7 | 12,2 |
| 15.06 2.00-7,7 | 14,7 | 9,1 | 3,6 |  | 14,0 |
| 16.06 2.00-5,1 | 6,1 | 3,2 | 3,4 | 9,0 |  |
| 18.06 | 8,5 | 5,6 | 14,9 | 12,3 | 10,4 |
| 19.06 | 10,0 | 5,0 | 3,7 | 8,8 | 8,2 |
| 20.06 | 5,9 |  |  |  |  |

Пациенту с 07.06.18 по 12.06.18 проводился суточный мониторинг глюкозы крови системой I pro : отмечается снижение гликемии ниже целевого уровня преимущественно в ночное время <3,9 до 50%. Зарегистрированы снижение гликемии на фоне минимальных физ. нагрузок в 1 и 2 половине дня, что требует дополнительных приемов углеводов. Зарегистрирована вариабельность гликемии в ночное время от 2,4-9,5 на фоне введения одинаковых доз пролонгированного инсулина.

18.08.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие, артерии сужены, склерозированы, с-м Салюс 1. Вены расширены. Напряжены, сосуды значительно извиты. По ходу сосудов микрогеморрагии, микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.05.18 ЭКГ: ЧСС 85- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

04.05.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 1 Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1 нед.

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

30.05.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

30.05.18РВГ: 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 в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

25.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 16,8 см3; лев. д. V = 13,8см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с мелкими расширенными фолликулами до 0,44 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Лантус, Эпайдра, эспа-липон, кокарнит. Вазилип, физиолечение.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, гипогликемические состояния не отмечаются, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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 Лантус, Эпайдра. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» , предупрежден о переводе на генно-инжереные виды инсулина при неудолетворительной компенсации ( глик. гемоглобин >7,5%).

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 < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о- 10-12ед., п/уж – 6-8ед., Лантус 22.00 24-26 ед.
5. Подсчет ХЕ, самоконтроль глюкозы крови с последующей коррекцией доз инсулина в амб. условиях.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес.,нейрокобал 1т 2р/д 1 мес
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. йодомарин 200 мг 1т 1р/д. курсами по 3 мес (весна, осень), диета богатая йодом
11. Б/л серия. АДЛ № 177573 с 29.05.18. по 20.06.18 к труду 21.06.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.