#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 808

##### Ф.И.О: Мотков Александр Константинович

Год рождения: 1979

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи ул. Крупской 166-122

Место работы: ООО ЖТЛ ГРУП, менеджер по сбыту.

Находился на лечении с 11.06.18 . по  22.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. НЦД по смешанному типу. Хронический пиелонефрит, обострение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, участившиеся гипогликемические состояния в разное время суток без предвестников.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р . В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 12ед., п/о- 10ед., п/у-16 ед., Инсуман Базал 22.00 – 18 ед. Гликемия –4,0-12,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. 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 | | |
| 12.06 | 154 | 4,6 | 6,6 | 7 | |  | | 0 | 1 | 70 | 25 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 1.06 | 98 | 4,4 | 0,75 | 1,58 | 2,47 | | 1,8 | 2,8 | 86 | 17,0 | 3,9 | 2,6 | | 0,38 | 0,1 |

12.06.18 Глик. гемоглобин – 8,2%

12.06.18 К –4,17 ; Nа –141,9 Са++ -1,09 С1 -102 ммоль/л

### 12.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

14.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -39000 эритр - белок – отр

22.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок –

13.06.18 Суточная глюкозурия – 1,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия – 27,8мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.06 | 8,1 | 13,4 | 2,0 | 6,6 |
| 14.06 | 3,9 | 3,6 | 13,1 | 13,8 |
| 18.06 | 10,3 | 12,9 | 3,4 | 5,7 |
| 20.06 | 6,1 | 9,1 | 4,1 | 5,9 |

2017 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение,

19.06.18Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. экскавация 0,7ДД, сосуды сужены, значительно извиты, макулярная область без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

12.06.18 Кардиолог: НЦД по смешанному типу ПМК? СН 0 ст

12.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; Удвоение синуса правой почки?. Неполного удвоения правой почки?

11.06.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,4 см3; лев. д. V = 4,2см3

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

Лечение: ципрофлоксацин, Актрапид НМ, Протафан НМ, Айлар, левофлоксацин, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, тиоктацид, витаксон, нуклео ЦМФ, тивортин, лесфаль,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 100/60 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 Актрапид НМ, Айлар. 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: Актрапид НМ, п/з- 10-12ед., п/о-8-10 ед., п/уж -10-12 ед., Айлар 22.00 16-18 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: ЭХОКС по м/ж.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес .
10. Осмотр невролога по м/ж
11. Канефрон 2т 3р/д 1 мес контроль ан. мочи по Нечипоренко с послед. осмотром эндокринолога, семейного врача, нефролога при необходимости.
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.
13. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 11.06.18 . по 22.06.18 к труду 23.06.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.