#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1335

##### Ф.И.О: Дорогань Анатолий Анатольевич

Год рождения: 1996

Место жительства: Акимовский р-н, с. Владимировка ул .Центральная 22

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.10.18 по  22.10.18 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 (NSS 4, NDS 4). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. НЦД по смешанному типу. СН0. Аутоиммунный тиреоидит гипертрофическая форма .Зоб 1. Эутиреоз

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния 1-2р/нед, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимал Актрапид НМ, Протафан НМ. В дальнейшем в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведен на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14 ед., п/о- 15ед., п/у- 15ед., Лантус 22.00 32 ед. Гликемия –2,7-12 ммоль/л. НвАIс - 7,8% от 08.10.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ гипертрофическая форма с 2015. ТТГ –1,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –840 (0-30) МЕ/мл. 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 | | |
| 12.10 | 156 | 4,7 | 5,2 | 5 | |  | | 2 |  | 53 | 41 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.10 | 106 | 3,22 | 0,63 | 1,4 | 1,53 | | 1,3 | 6,5 | 87 | 14,4 | 3,0 | 1,2 | | 0,18 | 0,12 |

12.10.18; ТТГ – 1,354 (0,3-4,0) Мме/мл

12.10.18 К – 4,19 ; Nа – 136 Са++ -1,18 С1 -107 ммоль/л

### 12.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

16.10.18 Суточная глюкозурия – 0,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.10.18 Микроальбуминурия –54,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.10.18 | 8,5 | 7,4 | 11,1 | 8,4 |  |
| 13.10 | 9,8 | 6,5 | 11,7 | 12,9 |  |
| 15.10 | 7,3 | 6,7 | 7,2 | 10,5 |  |
| 17.10 | 7,2 | 6,0 |  | 5,9 |  |
| 20.10 | 7,0 |  |  |  |  |

2017.Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

18.10.18 Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,3 ;

Гл. дно:. А:V 1:2 Сосуды сужены, стенки вен утолчены уплотнены, полнокровны, ед, микроаневризмы, в макуле без особенностей. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия ОИ.

03.10.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ

16.10.18 Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН0.

16.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

16.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 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 нарушена.

17.10.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,1 см3; лев. д. V = 11,5см3

Перешеек –0,5 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз. и гидрофильные очаги до 0,4. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, эспа-липон, витаксон, нуклео ЦМФ, тивортин.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, гипогликемических состояний за период стац лечения не отмечалось, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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 < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-14-16 ед., п/о-15-17 ед., п/уж -14-16 ед., Лантус 22.00 33-35 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5-5 мг утром,. Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.