#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 552

##### Ф.И.О: Крохмаль Александр Григорьевич

Год рождения: 1960

Место жительства: Запорожский р-н, с. Балабино, Урицкого 84

Место работы: ООО «Стелси»,вахтер инв IIIгр.

Находился на лечении с 16.10.13 по 06.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная полинейропатия н/кII, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к, ХВН 1 ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Полинодозный зоб IIст. Узлы обеих долей и перешейка. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 8 кг за пол года, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, частые гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические до 3р/год, вызывалась бригада СМП. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 10-14ед., п/о- 10-14ед., п/у-10-14 ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 12-14 ед. Гликемия –1,6-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 04.2013г. Повышение АД в течение 5 лет. ТАПБ 2010: Аденоматозная гиперплазия. Больному было предложено оперативное вмешательство (тиреоидэктомия) от которого отказался. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.10.13Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр – 4,2 лейк –3,7 СОЭ – 20 мм/час

э- 2% п- 3% с- 60% л- 34% м-1 %

28.10.13 лейк – 7,3 СОЭ - 21

17.10.13Биохимия: СКФ – 94мл./мин., хол – 4,78 тригл -1,65 ХСЛПВП -1,25 ХСЛПНП -1,25 Катер -2,82 мочевина –4,6 креатинин –85 бил общ –90 бил пр –9,0 тим –2,3 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,40 ммоль/л;

17.10.13Глик. гемоглобин -9,1 %

17.10.13Анализ крови на RW- отр

### 21.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2-31 в п/зр белок – 0,035 ацетон –отр; эпит. пл. -ед; эпит. перех. -ед в п/зр

29.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

29.10.13Суточная глюкозурия – 3,03%; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.13Микроальбуминурия – 32,2мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.10 | 19,2 | 14,3 | 12,4 | 8,1 |  |
| 19.10 | 11,2 | 12,8 |  |  |  |
| 23.10 | 15,7 | 13,9 | 5,3 | 5,9 | 9,3 |
| 23.10 | 9,3 | 9,4 |  |  |  |
| 28.10 | 18,3 | 12,3 | 11,8 | 11,5 | 12,7 |
| 31.10 2.00-8,5 | 7,1 |  | 13,5 | 3,9 |  |
| 02.11 | 14,0 | 11,2 | 10,1 | 6,3 | 9,0 |
| 03.11 2.00 – 5,8 |  |  |  |  |  |
| 05.11 | 10,0 | 8,7 |  | 6,8 | 10,2 |
| 06.11 2.00 – 6,8 | 8,0 |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/кII, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD= 22 OS=20

Факосклероз ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ВБН н/к.

РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева – 1,0. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,1 см3; лев. д. V = 11,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, в целом однородная. В правой доле у перешейка киста 0,95\*0,96 см. В перешейке гидрофильный узел 0,8 с 0,81см. В левой доел н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,46\*1,81 с кистозной дегенарацией и крупными кальцинатами. Регионарные л/узлы с обеих сторон: справа до 1,66\*1,0 см, слева 1,36\*2,64 см. . Закл.: Увеличение щит. железы. Узлы обеих долей и перешейка.

Больной от конс. эндокринного хирурга отказался.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, диалипон, витаксон.

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен на Генсулин Н, Генсулин Р. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з-12-14 ед., п/о- 15-17ед., п/у-4-6 ед., Генсулин Н 22.00 22-24 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная госпитализация в эндокриндиспансер.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
4. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ2,0 в/в № 10 затем 1т. \*2р/д 20 дней.
5. Конс эндокринного хирурга для решения вопроса оперативного вмешательства. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес.
6. Б/л серия. АГВ № 234107 с 16.10.13 по 06.11.13. К труду 07.11.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.