#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 3

##### Ф.И.О: Ширвани Дмитрий Егорович

Год рождения: 1976

Место жительства: Мелитопольский р–н, с. Терпение, ул. Красноармейская 64

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 05.01.15 по 14.01.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая энцефалопатия I, венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Редкие пароксизмы простой мигрени со зрительной аурой. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диффузный зоб 1. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. С-м ВСД. Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический панкреатит, фиброзивная форма с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6 кг за год, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 145/90 мм рт.ст., головные боли, периодически гипогликемические состояния в различное время, ощущение чувства нехватки воздуха в утренние часы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (монотард, микстард, новомикс). С 2012 в связи с отсутствием стойкой компенсации переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ в 4х кратном режиме. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 12-14ед., п/о- 12-14ед., п/у- 14-16ед., Протафан НМ 22.00 – 24-28 ед. Гликемия –3,0-8,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. С 2012 диффузные изменения в паренхиме щит. железы. В 2014 АТТПО – 17,7 МЕ/мл (0-30) ТТГ – 1,7 Мме/мл (0,3-4,0). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.01.15 Общ. ан. крови Нв –147 г/л эритр –4,5 лейк – 4,3 СОЭ –8 мм/час

э- 1% п- 0% с-50 % л- 46% м- 3%

06.01.15 Биохимия: СКФ –120,7 мл./мин., хол –6,7 тригл -2,31 ХСЛПВП -1,25 ХСЛПНП -4,5 Катер -4,44 мочевина – 3,8 креатинин – 100,8 бил общ –15,2 бил пр –3,8 тим –3,05 АСТ –0,49 АЛТ – 0,11 ммоль/л;

09.01.15 ТТГ –0,5 (0,3-4,0) Мме/л

мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

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

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

08.01.15 Суточная глюкозурия – 1,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 09.10.14 Микроальбуминурия –44,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.1 | 14,7 | 11,3 | 9,1 | 7,3 | 3,2 |
| 08.01 | 4,3 | 6,2 | 5,6 | 4,1 |  |
| 10.01 | 11,0 | 6,0 | 3,1 | 9,8 | 10,0 |
| 12.01 |  |  | 7,6 | 6,5 |  |
| 13.01 | 6,4 |  |  |  |  |

09.01.15Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I, венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Редкие пароксизмы простой мигрени со зрительной аурой. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма.

05.01.15Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

05.01.05ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

13.01.5Кардиолог: С-м ВСД

12.01.15 Уролог: Острой урологической патологии не выявлено. Данных за активный воспалительный процесс органов МВС нет.

06.01.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.01.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

08.01.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, фиброзирования поджелудочной железы, мелких конкрементов, микролитов в почках, изменений диффузного типа в паренхиме простаты, без увеличения объема остаточной мочи

13.01.15 Гастроэнтеролог: Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический панкреатит, фиброзивная форма с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы

05.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,4см3; лев. д. V = 8,8 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма турбо, кортексин, армадин, L-лизин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 115/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-16-18 ед., п/о-14-16 ед., п/уж 12-14 ед., Протафан НМ 22.00 29-31 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг веч) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: глицисед 1т\*1р/д 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, суточное мониторирование ЭКГ при возможности по м/ж.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 6мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, гепавал 1к 1р\д 1 мес, пангрол 10 тыс 1т 3р/д вовремя еды 2 нед, меверин 1к 3р/д за 20 ми до еды (10 дней)
12. Рек уролога: УЗИ МВС 1р\год.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.