#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 965

##### Ф.И.О: Тверденко Андрей Владимирович

Год рождения: 1990

Место жительства: г. Запорожье бул. Центральный 7-32

Место работы: н/р, инв Ш гр с детства.

Находился на лечении с 12.08.16 по 23.08.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. НЦД по смешанному типу. СН 0. Диффузный эутиреоидный зоб 1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о- 8ед., п/у-6 ед., Лантус 8.00 – 28 ед. Гликемия –13,8 ммоль/л. НвАIс 6,5- % от 01.08.16 . Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 2 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лозап 5 мг Увеличение щит. железы с 2015, ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 56,8 (0-30) МЕ/мл от 23.10.15 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.08.16 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,2 лейк – 4,4 СОЭ –3 мм/час

э- 0% п- 0% с- 55% л-39 % м- 6%

15.08.16 Биохимия: СКФ –122,6 мл./мин., хол –4,2 тригл -1,65 ХСЛПВП – 0,95ХСЛПНП -2,5Катер -3,4 мочевина – 5,2 креатинин – 86,9 бил общ –13,4 бил пр – 3,3 тим – 2,6 АСТ – 0,15 АЛТ –0,15 ммоль/л;

19.08.16Св.Т4 - 12,9 (10-25) ммоль/л; ТТГ –2,7 (0,3-4,0) Мме/мл, АТ ТПО –12,4 (0-30) МЕ/мл

### 16.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр;

### 15.08.16 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.08.16 Микроальбуминурия – 34,6мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.08 | 7,1 | 7,4 | 7,0 | 4,6 |  |
| 17.08 | 10,4 | 6,7 | 4,6 | 5,6 |  |
| 18.08 |  |  |  | 6,6 | 6,3 |
| 19.08 | 8,6 | 11,2 | 6,0 | 6,6 |  |
|  |  |  |  |  |  |

22.08.16Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

17.08.16Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0

Оптические среды прозрачны.. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосыд широкие, слегка извиты, единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.08.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый,. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

16.08.16Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН 0.

16.08.16Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, солевой диатез.

16.08.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, функционального раздражения кишечника, микролитов в почках, изменений диффузного типа, кальцинатов в паренхиме простаты.

12.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,1 см3; лев. д. V =7,8 см3

Перешеек – 0,34см.

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиоктацид, нейрорубин, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-10 ед., п/о- 8ед., п/уж -6 ед., Лантус п/о – 28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: Контроль АД,
8. Лозап 50 мг утром. Контр. АД.
9. Тиоктацид 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. Рек. невропатолога: армадин лонг 300 мг \сут. до 1,5 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
12. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или АРА II .
13. 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.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.