#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 504

##### Ф.И.О: Щадных Владимир Андреевич

Год рождения: 1993

Место жительства: г. Запорожье ул. Магистральная 96а/30

Место работы: КП НВК «Искра» - инженер конструктор, инв Ш

Находился на лечении с 31.05.17 по 12 .06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Послеоперационный гипотиреоз средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Миопия ОИ. НЦД по гипертоническому типу. СН0. Вегетативная дисфункция перманентного характера, цереброастенический с-м. Хр. панкреатит с нарушением ферментативной функции поджелудочной железы в стадии нестойкой ремиссии, спленомегалия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., общую слабость, быструю утомляемость, периодические гипогликемические состояния в разное время суток..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В связи с тяжёлыми гипогликемическими состояниями переведен на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14 ед., п/о-12 ед., п/у-20 ед., Лантус 22.00 – 26 ед. Гликемия –13,2 ммоль/л. НвАIс - 8,8%. Последнее стац. лечение в 2016г. В анамнезе ДТЗ, 2011 – тиреоидэктомия. Принимает эутирокс 200 ТТГ – 0,69 от 11.03.17. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 01.06 | 159 | 5,0 | 3,8 | 9 | 0 | 2 | 60 | 29 | 9 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 01.06 | 105,5 | 3,4 | 0,9 | 1,12 | 1,86 | 2,0 | 2,7 | 118 | 29,0 | 6,4 | 2,38 | 0,27 | 0,66 |

02.06.17 ТТГ –0,2 (0,3-4,0) Мме/мл

02.06.17 Са – 1,97

### 01.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

02.06.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 02.06.17 Микроальбуминурия –75,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 01.06 | 14,8 | 7,4 | 12,8 | 10,4 |  |
| 02.06 | 11,5 | 9,7 | 12,7 | 3,9 |  |
| 06.06 | 11,3 | 8,6 | 11,9 | 5,5 | 5,8 |
| 07.06 2.00-7,2 | 6,9 | 7,0 |  |  |  |
| 08.06 |  |  | 7,0 |  |  |

31.05.17 Невропатолог: Вегетативная дисфункция перманентного характера, цереброастенический с-м

31.05.17 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен.. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена. С-м ранней реполяризации желудочков.

07.05.17 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м ранней реполяризации желудочков.

08.06.17 Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН0.

Рек. кардиолога: фитосед 1к 4р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

01.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.06.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст .

06.06.17 Гематолог: в настоящее время данных о заболевании крови не выявлено.

06.02.17 Гастроэнтеролог: Хр. панкреатит с нарушением ферментативной функции поджелудочной железы в стадии нестойкой ремиссии, спленомегалия.

06.06.17УЗИ: Эхопризнаки умеренных диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, спленомегалия.

01.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

01.06.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева –1,2 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

01.06.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз ; лев. д. V = фиброз

Паренхима щит. железы и регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей.

Лечение: глюконат кальция, Лантус, Эпайдра, диалипон, мильгамма, армадин, тиотриазолин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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-14-16 ед., п/о- 12-14ед., п/уж – 20-22ед., Лантус 22.00 30-32 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: фитосед 1к 3р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: ДНМГ в плановом порядке
11. Эутирокс 175 мкг/сут утром натощак за 30 мин до еды. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
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. АГВ № 2358 с 31.05.17 по 12.06.17. к труду 13.06.17

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В