#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 840

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

Год рождения: 1960

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

Место работы: ООО «Стелси» охранник, инв Ш гр

Находился на лечении с 08.06.17 по 19.06.17 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 3, NDS 4), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Смешанный зоб I ст. Узлы обеих долей и перешейка .Эутиреоз. Ангиопатия сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая, последняя – 2013.. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р В 2013 в связи со стойкой декомпенсацией переведен на Генсулин Н, Генсулин Р. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з- 12ед., п/о- 12ед., п/у-12 ед., Генсулин Н 22.00 -18-20 ед. Гликемия –9,8-15,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания в течение. Полинодозный зоб с 2006. ТАПБ 2010, 2011 – аденоматозная гиперплазия, от оперативного лечения отказывается. 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 |
| 09.06 | 150 | 4,5 | 5,0 | 26 | 1 | 1 | 58 | 38 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 09.06 | 89 | 4,6 | 1,23 | 1,34 | 2,7 | 2,4 | 4,3 | 96,8 | 25,8 | 4,3 | 1,4 | 0,2 | 0,18 |

### 09.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

13.06.17 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

15.06.17Микроальбуминурия -35,5 мг/сут.

16.06.17ТТГ-1,1(0,3-4,0)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.06 | 18,1 | 16,4 | 3,6 | 6,9 |
| 12.06 | 8,3 | 10,7 | 5,3 | 4,1 |
| 14.06 | 9,3 | 7,6 | 2,8 | 4,9 |
| 15.06 | 7,7 |  |  |  |
| 16.06 | 11,1 | 10,3 | 15,3 | 6,1 |
| 17.06 | 6,8 | 5,2 | 3,8 | 4,5 |

08.06.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение.

13.06.17 Окулист: Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии сужены, Салюс 1, вены умеренно расширены. Сосуды извиты. Макулярная область без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

16.06.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

09.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.06.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст . Варикозная болезнь н/к. Варикозное расширение вен голени с двух сторон

09.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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 незначительно нарушена.

19.06.17Осмотр доц.каф. Соловьк А.О: диагноз согласован

12.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,5 см3; лев. д. V = 14,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, В правой доли у переднего контра киста 1,0 \*1,04 см. В перешейке гидрофильные узлы 0,8 см. 0,54 см, и 0,7 см. В левой доле в с/3 гидрофильный узел 1,6\*1,03 с гиперэхогеными стенками. Регионарные л/узлы с обеих сторон до 1,32\*0,76см Закл.: Увеличение щит. железы. Узлы обеих долей и перешейка.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, диалипон, витаксон, тивортин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, снижение гликемии в 16.00 связано с погрешностью в диетотерапии, 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: Генсулин Р п/з- 12-14ед., п/о-8-10 ед., п/уж -12 ед., 22.00 Генсулин Н -20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Эналаприл 2, 5 мг утром-курсами.
8. Диалипон 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.
9. УЗИ щит. железы по м/жит. ( от контроля УЗИ в условиях ОКЭД, консультации хирурга-эндокринолога отказался), повторный осмотр эндокринолога с решением вопроса дальнейшей тактики введения больного. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Контроль ОАК в динамике.
11. Б/л серия. АГВ № 2358 с 08.06.17 по 19.06.17. к труду 20 .06.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В