#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1540

##### Ф.И.О: Красновид Анатолий Петрович

Год рождения: 1953

Место жительства: Акимовский р-н, с. Черноземное ул. Школьная 12

Место работы: Акимовская районная гос. больница ветеринарной медицины, заведующий инв II гр

Находился на лечении с 06.11.17 по 15.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутироез. Артифакия, ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1 .САГ II ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1980г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 24-26ед., п/у-6 ед., Протафан НМ п/з 38-40 ед, п/у 28 ед. Гликемия –3,6-10 ммоль/л. НвАIс – 8,6 % от . Последнее стац. лечение в 08.11.17г. ХБП Ш диабетическая нефропатия IV ст более 10 лет .АИТ с 2010 АТТГ – 426 (0-100) АТ ТПО –10,48 (0-30) МЕ/мл 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 |
| 07.11 | 144 | 4,5 | 4,1 | 24 | 1 | 1 | 68 | 27 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.11 | 46,9 | 4,32 | 1,64 | 1,32 | 2,22 | 2,2 | 9,7 | 162 | 11,3 | 2,7 | 1,1 | 0,25 | 0,28 |

07.11.17 Глик. гемоглобин – 9,5%

10.11.17 ТТГ –0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

07.11.17 К – 4,54 ; Nа – 137 Са++ -1,1 С1 - 100 ммоль/л

### 07.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 2-4 в п/зр белок – 0,280 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

08.11.17 Суточная глюкозурия –0,29 %; Суточная протеинурия – 0,556

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.11 | 6,3 | 8,2 | 5,4 | 8,5 |
| 09.11 | 7,7 | 6,6 | 4,1 | 7,3 |

10.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2),

10.11.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 Артифакия, зрачки очень узкие, Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены широкие, уплотнены, ангиосклероз. В макуле без особенностей, с-м Салюс 1 ст. Д-з: Артифакия, ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

05.11. 17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, единичная желудочковая экстрасистолия.. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1 .САГ II ст

07.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

07.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

07.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов.

14.11.17 Нефролог: ХБП Ш, диабетическая нефропатия ,артериальная гипертензия .

14.11.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; функционального раздражения кишечника, нельзя исключить микролитов в почках, удвоение синуса левой почки, гиперплазии изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 2 ст..

06.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,4 см3; лев. д. V = 10,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, берлитион, актовегин, витаксон ,амлодипин, бисопролол, хипотел.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились общая слабость, утомляемость, боли, онемение в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 24-26ед., п/уж – 6-10ед., Протафан НМ п/з 38-40 ед, п/у 28-30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес. Контроль общего белка, К ,Na, креатинина, мочевины, СКФ в динамике
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг 1р/д, амлодипин (азомекс) 5-10 мг 1р/д при недостаточном снижение физиотенс 0,2-0,4мг. Дообследование ЭХОКС
8. Берлитион (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. Рек. невропатолога:, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек нефролога: диета с ограничением соли, белка калия, в лечении азомекс 5-10 мгс/ут, бисопролол 5-10 мг , хипотел 80мг, при необходимости физиотенс0,4-0,6 смг/сут. контроль ан. крови ,мочи, показателей азотемии в динамке
12. Контроль ОАК в динамике.
13. Б/л серия. АДГ № 6716 с 06.11.17 по 15.11.17. к труду 16.11.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.