#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1369

##### Ф.И.О: Харченко Дмитрий Николаевич

Год рождения: 1972

Место жительства: г. Запорожье ул. Воронина 19-275

Место работы: н/р

Находился на лечении с 04.10.17 по 17.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Оперированный гипертрофический астигматизм. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Амблиопия OS. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутиреоз. Гипертоническая болезнь I стадии 1 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за пол года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 8ед., п/у-10 ед., Инсуман Базал п/з 24 ед, п/у 26 ед. Гликемия –7,2-13,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 04.2017г. АИТ с 2015 Т4св – 9,4 ( 10-25) ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –145 (0-30) МЕ/мл от 14.04.17. 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 |
| 05.10 | 148 | 4,4 | 4,2 | 6 | 1 | 1 | 54 | 41 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.10 | 116 | 5,88 | 2,27 | 1,35 | 3,48 | 3,3 | 4,6 | 77 | 10,0 | 2,2 | 2,4 | 0,27 | 0,11 |

06.10.17Св.Т4 - 12,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

05.10.17 К –4,5 ; Nа –131 Са++ 1,08 С1 - 102ммоль/л

### 06.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

09.10.17 Суточная глюкозурия –0,75 %; Суточная протеинурия – отр

##### 12.10.17 Микроальбуминурия –37,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.10 | 12,7 | 10,7 | 7,6 | 11,8 |  |
| 08.10 | 8,7 | 5,5 | 6,6 | 8,0 |  |

09.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3)

11.10.17 Окулист: VIS OD= 0,04сф – 1,0=0,5 OS= 0,09 н/к Гл. дно: сосуды извиты, вены полнокровны, с-м Салюс 1- ш ст. В макуле без особенностей. ДЗ- Оперированный гипертрофический астигматизм. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Амблиопия OS.

04.10.17 ЭКГ: ЧСС - 57уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

11.10.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 1 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

11.10.117Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

06.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

05.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранна.

06.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,8 см3; лев. д. V =6,1 см3

Перешеек –0,5 см.

В в/3 правой доли визуализируется неоднородный участок размерами 0,8\*0,7см. В н/3 левой доли неоднородный участок размерами 1,2 см. На остальном протяжении эхоструктура неоднородная, за счет мелких гипоэхогенный участков, фиброзных включений. Эхогенность паренхимы, снижена. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаки узлов долей, диффузных изменений паренхимы щит. железы по типу АИТ.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, диалипон, актовегин, витаксон, нуклео ЦМФ, физиотерапия

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-8-10 ед., п/уж -10-12 ед., Инсуман Базал п/з 24-26 ед, п/у 30-32 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
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: арифон ретард 1т 1р/д.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
10. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В