#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1420

##### Ф.И.О: Дорогань Анатолий Анатольевич

Год рождения: 1996

Место жительства: Акимовский р-н, с. Владимировка ул. Центральная 22

Место работы: н/р, инв Ш гр .

Находился на лечении с 13.10.17 по 23.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб I. Эутиреоидное состояние. Миопия слабой степени ОИ. НЦД по смешанному типу. СНО.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния 1-2 р\нед, ухудшение зрения, боли в н/к, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия .принимал Актрапид НМ, Протафан НМ. В дальнейшем в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведен на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-16 ед., п/о-16 ед., п/у- 15ед., Лантус 22.00 33 ед. Гликемия –2,7-23 ммоль/л. НвАIс -10,3 % от 05.10.17 . АИТ, гипертрофическая форма с 2015. Последнее стац. лечение в 2016г. ТТГ – 1,9 (0,3-4,0) Мме/мл; от 07.2016 . АТ ТПО – 840 (0-30) МЕ/мл от 10.2015. 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 |
| 19.10 | 165 | 4,9 | 4,2 | 5 |  | 2 | 46 | 49 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 17.10 | 116 | 3,0 | 1,69 | 1,58 | 0,64 | 0,9 | 4,6 | 80 | 10,1 | 2,5 | 1,9 | 0,15 | 0,34 |

17.10.17 ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл

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

17.10.17 Суточная глюкозурия – 2,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 19.10.17 Микроальбуминурия –89,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.10 | 8,7 | 4,8 | 4,2 | 8,9 |
| 18.10 | 8,1 | 6,2 | 6,3 | 6,5 |
| 19.10 | 6,9 |  |  |  |

20.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),

20.10.17 Окулист: VIS OD= 0,2-0,3сф – 7,5=0,8 OS= 0,2сф – 1,5=1,0 ; ВГД OD= OS=

Гл. дно:. А:V 1:2 Сосуды широкие, извиты, стенки вен уплотнены, утолщены. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

13.10.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

18.10.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу ПМК? СН0.

18.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

17.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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 сохранена

13.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,6 см3; лев. д. V = 12,8см3

Перешеек – 0,65см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,65 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, эспа-липон, тивортин, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм 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: Эпайдра п/з-14-16 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -15-17 ед., Лантус 22.00 34-36 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС.
7. эналаприл 2,5 мг утром курсами, контроль. АД
8. эспа-липон 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.

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. Карпенко И.В