#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 965

##### Ф.И.О: Тройной Павел Викторович

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Запорожье ул. Новокузнецкая 1/12 кв -98

Место работы: ЧАО «Днепроспецсталь» цех КВП, мастер

Находился на лечении с 06.07.17 по 18.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст декомпенсации. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния 2-3р /мес

Краткий анамнез: СД выявлен в 1983г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-16 ед., п/о- 8ед., п/у 10 ед. Хумодар Б100Р п/з 26 ед, п/у 18 ед. Гликемия –13 ммоль/л. НвАIс - 13 % от 06.207 . Последнее стац. лечение в 2001г. АИТ, гипотиреоз с 1990, принимает L-тироксин 100 мкг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.07 | 153 | 4,6 | 6,0 | 5 | 2 | 0 | 55 | 40 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.07 | 91 | 5,06 | 12,55 | 1,07 | 3,28 | 3,7 | 3,3 | 89,1 | 15,9 | 3,6 | 4,8 | 0,16 | 0,21 |

17.07.17 ТТГ – 5,38 (0,4-4,0)

07.07.17 К – 4,38 ; Nа – 137 Са - Са++ -1,1 С1 -103,4 ммоль/л

### 07.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

10.07.17 Суточная глюкозурия – отр Суточная протеинурия – отр

##### 14.07.17 Микроальбуминурия – 20,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.07 | 11,6 | 6,8 | 3,9 | 6,9 |  |
| 10.07 | 15,4 | 10,4 | 5,7 | 5,5 |  |
| 11.07 | 11,4 | 7,0 | 7,8 | 5,3 |  |
| 13.07 | 15,2 | 11,1 | 3,8 | 4,8 | 9,6 |
| 14.07 2.00-8,3 | 10,8 | 11,7 | 3,8 | 5,8 |  |
| 16.07 | 9,4 | 8,3 | 4,3 | 5,0 |  |
| 17.07 | 8,7 |  |  |  |  |

07.0717Окулист: VIS OD=0,3сф – 2,0=1,0 OS=0,3сф – 2,0д=1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды узкие ход сосудов ближе к прямолинейному. С-м Салюс 1-II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

07.07.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4.

20.7.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

23.12.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,5 см3; лев. д. V = 7,2 см3

Контуры бугристые. Эхогенность значительно снижена, сосудистый рисунок не усилен, эхоструктура выраженно неоднородная, диффузно с гиперэхоегнными участками фиброза, очагами повышенной эхогенности по 2,4 мм, создающими впечатление узлов с единичным кальцинатами. Закл.: Выраженные диффузные изменения паренхимы по типу АИТ

18.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,6 см3; лев. д. V = 6,7 см3

Перешеек – 0,26см.

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура не однородная, прослойки фиброза Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, диалипон, небилет, нолипрел, L-тироксин, пирацетам,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Генсулин Н, Генсулин Р.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з- 18-20 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -6 ед., Генсулин Н 22.00 16-18 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. Рек кардиолога : небивалол 2,5 мг 1р\д, нолипрел форте 1т 1р\д, Контр. АД.
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. Конс. невропатолога по м\ж
10. Аспирин кардио 100 мг 1р\д.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 100/125 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контр ТТГ 1р в 3мес. с послед. коррекцией дозы при показаниях.
12. Б/л серия. АГВ № 235936 с 06.07.17 по 18.07.17. к труду 19.07.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В