#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 992

##### Ф.И.О: Касапов Павел Васильевич

Год рождения: 1965

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Ивановка ул. Толстого 16

Место работы: КП «ПКВ» ЕМРТ начальник с Е и РТС, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.07.17 по 20.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. ПХРД ОД. Ангиопатия сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 8ед, п/у- 6ед., Инсуман Базал п/з 18 ед, п/у 16 ед. Гликемия –8-6 ммоль/л. Повышение АД в течение 2 лет. АИТ, без увеличения объема щит .железы, эутиреоз с 2016, ТТГ –2,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 217,5(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 |
| 12.07 | 162 | 5,0 | 5,9 | 10 | 1 | 1 | 73 | 24 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.07 | 90 | 6,27 | 1,93 | 1,53 | 3,85 | 3,1 | 4,9 | 101 | 13,1 | 3,0 | 1,6 | 0,17 | 0,36 |

12.07.17 Глик. гемоглобин -8,1 %

14.07.17 ТТГ – 2,4 (0,3-4,0) Мме/мл

12.07.17 К 3,78 ; Nа –141,9 Са - Са++ - 1,09С1 -104 ммоль/л

17.07.17 К –4,2 ; Nа –149 Са - Са++ - 1,23С1 -107 ммоль/л

### 12.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк –6-8 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

С17.07.17 ацтеон - отр

17.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

13.07.17 Суточная глюкозурия – 0,9 %; Суточная протеинурия – 0,041

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.07 | 8,7 | 9,9 | 4,2 | 2,7 |  |
| 14.07 | 6,4 | 13,3 | 12,7 | 10,7 |  |
| 17.07 |  | 12,9 | 7,6 | 2,9 | 4,0 |
| 18.07 2.00-2,1 | 5,5 | 11,6 | 4,7 | 8,2 | 3,2 |
| 19.07 2.00-5,3 |  |  |  |  |  |

12.07.17 Окулист: VIS OD=0,1 н/к OS= 0,8

Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3, сосуды извиты, склерозированы, вены полнокровны, венный пульс сохранен. ОД- на периферии снизу старый дистрофический очаг без четких границ, рефлекс в макуле сглажен, депигментация. Д-з: ПХРД. ОД. Ангиопатия сетчатки ОИ.

12.07.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

17.07.17Кардиолог: Дообследваоние контроль АД. Суточное мониторирование по Холетру.

12.07.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к 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

17.07.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст.

19.07.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9см3; лев. д. V = 5,9 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, стеатель, Инсуман Базал, ксилат, азитромицин, тивортин, витаксон, тиогамма

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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: Инсуман Рапид п/з-12 ед., п/уж – 4-6ед., Инсуман Базал п\*/з 18-20 ед, п/у 14-16ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 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 2,5-5 мг утром. 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. Канефрон 2т 3р\д 1 мес. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Б/л серия. АГВ № 2359 с 11 .07.17 по 20 .07.17. к труду 21.07.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В