#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 141

##### Ф.И.О: Ширвани Дмитрий Егорович

Год рождения: 1976

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Терпенье ул. Красноармейская 64

Место работы: инв Ш гр н/р

Находился на лечении с 30.01.17 по 08.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диффузный зоб II ст Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь I степени. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия I, цефалгический с-м венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП. ШОП. Редкие пароксизмы простой мигрени. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст ДЖП по гипомоторному типу хр. панкреатит в стадии обострения с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гепатоз 1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость. гипогликемические состояния в различное время суток

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия: монотард, микстард, Новмикс, С 2013 Актрапид НМ, Протафан НМ В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 14ед., п/о- 14ед., п/у-14 ед. Протафан НМ 22.00 – 30 ед. Гликемия –7,0-16,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение года . С 2012 диффузный зоб. ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –17 (0-30) МЕ/мл от 2016 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

31.01.17 Общ. ан. крови Нв –159 г/л эритр –4,9 лейк – 5,3СОЭ –29 мм/час

э- 3% п- 1% с- 64% л- 26% м- 6%

07.02.17 СОЭ - 36

31.01.17 Биохимия: СКФ –104,5 мл./мин., хол –6,1 тригл – 2,8ХСЛПВП -1,09 ХСЛПНП -3,73 Катер -4,6 мочевина – 5,0 креатинин –110 бил общ –13,8 бил пр – 3,4 тим –2,8 АСТ – 0,64АЛТ –0,88 ммоль/л;

02.02.17ТТГ –0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

### 31.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-3 в п/зр белок – 0,037 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

03.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

01.02.17 Суточная глюкозурия –2,0 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.01 | 12,8 | 14,0 | 3,8 | 8,8 | 7,6 |
| 03.02 | 13,9 |  | 3,2 | 4,7 | 7,1 |
| 05.02 | 10,7 | 11,3 | 4,5 | 5,2 |  |
| 06.02 | 5,1 | 4,7 |  |  |  |
| 07.02 | 12,2 |  |  |  |  |
| 08.02 | 5,9 |  |  |  |  |

31.01.17Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия I, цефалгический с-м венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП. ШОП. Редкие пароксизмы простой мигрени. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

31.01.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Оптические среды прозрачны.Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2, сосуды широкие извиты, стенки вен уплотнены, утолщены. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

30.01.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. .

30.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь I степени.

31.01.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.02.17 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст ДЖП по гипомоторному типу хр. панкреатит в стадии обострения с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гепатоз 1 ст.

02.02.17УЗИ: 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 поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, микролитов в почках без нарушения урокинетики, умеренные изменений диффузного типа, кальцинатов в паренхиме простаты без увеличения объема остаточной мочи.

30.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11, см3; лев. д. V =10,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма, мильгамма, кортексин, армадин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. сохраняются тупые ноющие боли в пр. подлопаточной области. АД 120/80 мм рт. ст. сохраняется ускоренное СОЭ.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-18-20 ед., п/о- 14-16ед., п/уж -14-16 ед., Протафан НМ 22.00 36-38 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: арифон ретард 1т утром, Контроль АД.
8. кардиомагнил 1 т. вечер.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. йодированная соль.
11. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, гепадиф1т2р\д после еды 2 мес, урсохол 250 мг на ночь 3 мес. меверин 1т 2р/д за 20 мин до еды 10 дней, мизим 10000 1т 3р\д во время еды 10-12 дней затем по требованию. УЗИ контроль через 3 мес.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В