#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 169

##### Ф.И.О: Винокуров Александр Михайлович

Год рождения: 1971

Место жительства: г. Запорожье ул Кузнецова 30б-38

Место работы: инв Ш гр н/р

Находился на лечении с 02.02.17 по 13.02.17 в энд. 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. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1 ст. Эутиреоз. ИБС, стенокардия напряжения. 1. Ф. кл. СН I .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния в разное время суток,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР. С 04.2011в связи с частыми гипогликемическими состояниями на фоне лабильного течения переведен на аналоги В наст. время принимает: Эпайдра п/з-12-16 ед., п/о- 12-16ед., п/у-12-16 ед., Лантус 8.00 26-28ед. Гликемия –1,8-23,0 ммоль/л. НвАIс – 8,0 % от 01.2017. Последнее стац. лечение в 2015г. В 2009 выявлен диффузный эутиреоидный зоб. Т4св – 16,2 ТТГ – 1,4 АТТГ – 223 АТТПО – 25,1 . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.02.17 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр 4,4– лейк –7,1 СОЭ –2 мм/час

э- 4% п- 0% с74- % л- 16 % м- 6%

03.02.17 Биохимия: СКФ –76,3 мл./мин., хол –4,9 тригл – 1,43ХСЛПВП – 1,6ХСЛПНП – 2,6Катер -2,1 мочевина –3,9 креатинин – 95 бил общ – 10,8 бил пр – 2,6тим – 0,58 АСТ – 0,32 АЛТ – 0,64 ммоль/л;

10.02.17 ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл

08.02.17 К – 4,35 ; Nа – 137,8 Са – 2,38 С1 – 97, 8 ммоль/л

### 03.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

11.02.17 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 11.02.17 Микроальбуминурия – взята

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.02. | 12,4 | 8,9 | 6,1 |  |
| 06.02 | 11,1 | 11,7 | 6,6 |  |
| 08.02 | 10,9 | 8,0 | 7,3 |  |
| 10.02 | 3,4 | 5,4 | 12,5 | 7,6 |
| 11.02 | 6,8 |  |  |  |

02.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. хроническое течение ,астеноневротический с-м.

03.02.17Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды извиты, уплотненны, на заднем полюсе перегруппировка пигмента .

02.02.17ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

06.02.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения. 1. Ф. кл. СН I .

03.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.02.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

02.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =17,7 см3; лев. д. V =11,2 см3

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиогамма, актовегин, витаксон, тризипин лонг, аспирин кардио.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, повышение гликемии в 16.00 связано с погрешностью в еде, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

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: Эпайдра п/з- 10-12ед., п/о- 12-16ед., п/уж -12-16 ед., Лантус п/з 20-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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: тризипин лонг 100 мг1р\д, аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Тиогамма 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: афобазол 1т 3р\д 1 мес
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. 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