#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 753

##### Ф.И.О: Чуча Александр Станиславович

Год рождения: 1972

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Ивановка, ул. Щорса 18

Место работы: Монастырь, монах

Находился на лечении с 28.05.13 по 11.06.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. дисметаболическая энцефалопатия I цереброастенический с-м, Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Состояние после кератотомии ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. Смешанный зоб Iст. Узлы обеих долей и перешейка. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 32,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за 3 мес., ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80мм рт.ст., головные боли, отеки ног переодически.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 8ед., п/о-10 ед., п/у-8 ед., Хумодар Б100Р п/з-20ед., п/у-20 ед. Гликемия –10,8-12,3 ммоль/л. НвАIс -8,6 %(20.05.13). Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.05.13Общ. ан. крови Нв – 139 г/л эритр –4,9 лейк –5,7 СОЭ –10 мм/час

э- 3% п-2 % с- 62% л- 29% м- 4%

29.05.13Биохимия: СКФ –179 мл./мин., хол –5,58 тригл -2,28 ХСЛПВП – 1,04 ХСЛПНП -3,5 Катер -4,4 мочевина –4,9 креатинин – 79 бил общ –19,2 бил пр –2,6 тим –10,3 АСТ – 0,55 АЛТ – 0,43 ммоль/л;

31.05.13Св.Т4 - 15,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ –2,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –188,5 (0-30) МЕ/мл

31.05.13 Са- 2,5 моль/л

### 29.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1031 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

30.05.13Суточная глюкозурия – 4,98 %; Суточная протеинурия – отр

##### 30.05.13Микроальбуминурия – 251,9мг/сут

04.06.13 ТАПБ (диасервис) : цитологическая картина пунктатов представлена скудным базофильным коллоидом, клеток фолликулярного эпителия в пунктатах нет

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.05 | 12,4 | 12,8 | 15,6 | 13,9 |  |
| 31.05 | 11,6 | 14,3 | 10,2 | 18,0 |  |
| 02.06 | 11,3 | 14,9 | 13,4 | 13,3 |  |
| 05.06 | 10,3 | 11,4 | 12,7 | 12,2 |  |
| 06.06 | 11,1 | 10,9 | 9,3 | 10,8 |  |
| 07.06 | 9,8 | 10,0 |  |  |  |

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия II. Цереребро-астенческий с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсорная форма.

Окулист: VIS OD=0,6 OS=0,5

Рубцы в виде радиальных спиц на роговице ОИ(каратотомия в 1990г.) Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Состояние после каратотомии ОИ

28.05.13ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.06.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени без признаков портальной гипертензии, эхокартина диабетической почки, изменений диффузного типа в паренхиме простаты без увеличения объема остаточной мочи.; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

29.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,2см3; лев. д. V = 9,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом и гирофилными очагами до 0,45 см. В пр. доле у перешейка гидрофильный узел 1,23\*0,75 см с изоэхогенными включениями. Такой же узел слева у перешейка 1,35\*0,78 , в ср/з левой доли такой же узел 1,24\*0,87 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: ХумодарР100Р, Хумодар Б100Р, тиоктацид, тивортин, актовегин, витаксон, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован (пациент систематически нарушает диетотерапию), уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм 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: Хумодар Р100Р п/з- 26ед., п/о-20 ед., п/у- 18ед., Хумодар Б100Р 22.00 -36ед., однако при соблюдении диеты №9, изменении питания (посты и т.д.) пересмотреть дозы инсулинотерапии во избежание гипогликемических реакций.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: тиотриазолин 200мг \*3р/д.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
10. УЗИ щит. железы 1р. через 6 мес., ТТГ Ч/з 6 мес, с повторным осмотром эндокринолога.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.