#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 740

##### Ф.И.О: Панасюк Виктор Александрович

Год рождения: 1993

Место жительства: Запорожский, с. Марьевка, ул. Первомайская 4

Место работы: инв Шгр.

Находился на лечении с 23.05.13 по 01.06.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и кетоацидозу, декомпенсация, ацетонурия. Дистальная хроническая диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ПМК СН0-1. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз средней тяжести впервые выявленный.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за пол года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли после гипогликемии, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г(с 13 лет). Течение заболевания лабильное, склонность к гипогликемическим состояниям и кетоацидозу. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о- 12ед., п/у-10 ед., 22.00 Протафан НМ – 22 ед. 23.05.13 со слов инсулин не вводил.Гликемия –2,8-14,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к с начала заболевания. АИТ с 05.2012г ТТГ 1,5(0,4-4,0); АТТПО 117,1(0-30) от 11.05.13. Заместительную терапию тиреоидными гормонами не принимал. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.05.13Общ. ан. крови Нв – 158 г/л эритр – 4,9 лейк – 5,2 СОЭ –16 мм/час

э-1 % п-1 % с- 60% л- 29 % м- 9%

24.05.13Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –5,54 тригл -2,16 ХСЛПВП -1,33 ХСЛПНП -3,22 Катер -3,2 мочевина –4,4 креатинин – 93 бил общ –12,4 бил пр –3,0 тим –2,9 АСТ –0,29 АЛТ – 0,72 ммоль/л;

29.05.13 креат крови 93, СКФ 80 мл/мин

24.05.13ТТГ – 9,9 (0,3-4,0) Мме/л

23.05.13Гемогл – 163 ; гематокр – 0,49 ; общ. белок – 84 г/л; К – 4,1 ; Nа –140,7 ммоль/л

24.05.13 К-4,88 моль/л

23.05.13Коагулограмма: вр. сверт. – 6 мин.; ПТИ – 100 %; фибр – 3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ –85 %; св. гепарин – 10\*10-4

23.05.13 Амилаза 26,5

25.05.13Проба Реберга: Д-1,0 л, d- мл/мин., S- 0,69кв.м, креатинин крови- 90мкмоль/л; креатинин мочи- 3900 мкмоль/л; КФ- 33,5мл/мин; КР- 98,2 %

### 23.05.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

24.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

25.05.13Суточная глюкозурия – 3,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.05.13Микроальбуминурия –188,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 16.00 | 17.00 | 20.00 | 21.00 | 22.00 |
| 23.05 |  |  |  |  |  | 12,3 |  | 5,1 | 8,7 |
| 25.05 | 17,4 |  |  | 5,2 |  | 6,9 |  | 5,0 |  |
| 26.05 | 7,1 |  |  | 6,9 |  | 6,4 |  | 6,5 |  |
| 27.05 | 9,6 |  |  | 5,6 |  | 2,8 |  | 7,1 |  |
| 29.05 |  | 5,4 | 4,5 |  | 7,1 |  | 4,4 |  |  |

Невропатолог: Дистальная хроническая диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст.

Окулист: осмотр в ОИТ

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

23.05.13ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: ПМК СН0-1

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5 см3; лев. д. V = 4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура неоднородная, за счет единичных расширенных фолликулов до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, Актрапид НМ, Протафан НМ, сода-буфер, ксилат, трисоль, альмагель, энтеросгель, рантак, солкосерил, ККБ, берлитион, нейрорубин, актовегин, реосорбилакт.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/80 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: Актрапид НМ п/з-8-10 ед., п/о-8-10 ед., п/у- 8-10ед., Протафан НМ 22.00 16-18 ед
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: Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
11. УЗИ щит. железы ч/з 6 мес.
12. L-тироксин 25 мкг утром натощак за 30 мин до еды, контроль ТТГ ч/з 2 мес, с последующей коррекцией дозы.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.