#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1094

##### Ф.И.О: Котелевец Вадим Сергеевич

Год рождения: 1989

Место жительства: К-Днепровский р-н, Водяное, Кучугурская 68

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 02.09.13 по 12.09.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, субкомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IIIст. ХБП I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия. ПМК 1 ст. СН0. Диффузный токсический зоб I, средней тяжести, субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, потливость, периодические гипогликемические состояния, дрожь в теле, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2011 в связи неэффективностью переведен на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Левемир п/з- 10-12ед., п/у-8 ед., Новорапид 2-4 ед. Гликемия 5,0–13,0-11,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 01.2013г. Боли в н/к с начала заболевания. ДТЗ с 12.2010. В настоящее время принимает тирозол 5мг ½ т утром. ТТГ- 0,5 Т4св-25,8 от 11.01.2013 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.09.13Общ. ан. крови Нв – 173 г/л эритр –5,1 лейк –6,8 СОЭ – 10 мм/час

э-1 % п- 2% с-64 % л- 30 % м-3 %

03.09.13Биохимия: СКФ –121 мл./мин., хол – 3,59тригл -1,08 ХСЛПВП – 1,33 ХСЛПНП -1,80 Катер -1,70 мочевина – 6,7 креатинин – 79 бил общ –16,8 бил пр –3,9 тим – 0,90 АСТ – 0,34 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

06.09.13 Глик. гемоглобин 5,5 %

06.09.13 Св.Т4 - 17,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/л

06.09.13 Са – 2,08 ммоль/л

### 09.13Общ. ан. мочи уд вес 1039 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед

09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

04.09.13Суточная глюкозурия –1,04 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.09.13Микроальбуминурия –63,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.09 | 7,6 | 3,1 | 8,2 | 6,0 |
| 07.09 | 2,5 | 14,7 | 3,9 | 6,5 |
| 11.09 | 5,1 | 6,2 | 6,8 | 5,5 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 19 OS=19

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо. Позиция вертикальная.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. ПМК 1 ст. СН0.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,9 см3; лев. д. V =9,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тиогамма, актовегин, мильгамма, нуклео ЦМФ, тиотриазолин, Левемир, тирозол,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 2-4ед., п/о 2-4- ед., п/у- 2-4ед Левемир п/з 10-12ед, п/у 8-10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Эналаприл 2,5 мг утром курсами, кардиомагнил 75 мг 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. до 2 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Тирозол 5мг ½ т утром Контр. ТТГ , Т4св ч/з 1 мес с посл. осмотром эндокринолога.
12. 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 Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.