#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 353

##### Ф.И.О: Криворотько Александр Валентинович

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье, ул. Горького 109

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 12.03.15 по 23.03.15 в диаб. отд. (13-15.03.15 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диффузный токсический зоб II, средней тяжести, медикаментозная компенсация

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, периодические гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2012 в связи с гипогликемическими состояниями переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 8ед., п/о- 8-10ед., п/у-8-10 ед., Левемир 22.00 – 38 ед. Гликемия –3,5-4,3 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. ДТЗ с 2010, принимал тирозол, в дальнейшем отмечались рецидивы, принимал тиреостатики (тирозол). Последние 2 мес не принимает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.03.15 Общ. ан. крови Нв – 159 г/л эритр – 4,8 лейк – 4,9 СОЭ –4 мм/час

э- 6% п- 1% с- 53% л- 35 % м- 5%

13.03.15 Биохимия: СКФ –102 мл./мин., хол – 6,4 тригл – 1,13 ХСЛПВП -2,08 ХСЛПНП – 3,8Катер -2,1 мочевина –5,1 креатинин –78 бил общ –12,6 бил пр –3,0 тим – 2,5 АСТ –0,36 АЛТ – 0,30 ммоль/л;

13.03.15Св.Т4 - 13,3 (10-25) ммоль/л

14.03.15 Гемогл – 145; гематокр – 0,46; К – 4,9 ммоль/л

13.0.315 К – 3,9 Са – 2,27 моль\л

15.03.15 Проба Реберга: Д-2,5 л, d- 1,73мл/мин., S- 1,85кв.м, креатинин крови-80,6 мкмоль/л; креатинин мочи-3840 мкмоль/л; КФ- 77,0мл/мин; КР- 97,7%

### 13.03.15 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

С 14.03.15 ацетон - отр

14.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

15.03.15 Суточная глюкозурия –2,24 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.03 | 5,7 | 3,2 | 5,8 | 9,1 |  |
| 14.03 | 11,3 | 12,7 | 5,9 | 9,6 |  |
| 15.03 | 5,8 | 13,2 | 6,3 | 6,1 |  |
| 17.03 | 6,9 | 5,3 | 7,0 | 10,9 | 7,8 |
| 18.03 2.00-4,0 | 8,6 | 8,8 | 8,8 | 13,3 | 13,7 |
| 21.03 | 5,7 |  |  |  |  |

17.03.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS=0,1

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.03.15ЭКГ: ЧСС – 60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПН.

13.0.315Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.0.315РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

12.03.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0 см3; лев. д. V = 7,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: 13-15.03.15 находился в ОИТ в связи с ацетонурией. Новорапид, Левемир, актовегин, ККБ, гепарин, кардиомагнил, берлитион.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипергликемия во 2 половине дня связана с погрешностью в питании, ацетонурия не рецедивирвала уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. Ps 80'

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 6-8ед., п/о-10-12 ед., п/уж -10-12 ед., Левемир 22.00 35-37 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон (Берлитион) 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.
6. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
7. Ан. крови на Т4 Св 1р\мес 3-6 мес, УЗИ щит. железы 1р. в год.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.