#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 3

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

Год рождения: 1989

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 02.01.18 по 12.01.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Альтернирующие расходящееся косоглазие. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутиреоз. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, периодические гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. в кетоацидотическом состоянии Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2011 переведен на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 3ед., п/о- 3ед., п/у-3 ед., Левемир п/з 22 ед, п/у 18 ед . Гликемия –2,6-12,6 ммоль/л. НвАIс -7,1 % от 01.2017 . Последнее стац. лечение в 01.2017г. В анамнезе ДТЗ с 2010, в настоящее время тиреостатики не принимает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 03.01 | 169 | 5,17 | 6,1 | 6 | 1 | 1 | 55 | 39 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.01 | 120 | 4,84 | 1,4 | 1,6 | 2,58 | 1,98 | 5,3 | 73 | 15,2 | 3,1 | 1,2 | 0,14 | 0,49 |

04.01.18 Глик. гемоглобин -6,4 %

05.01.17Св.Т4 - 17,8 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 77,5 (0-30) МЕ/мл

03.01.18 К – 3,86 ; Nа – 136,6 Са++ - 1,13С1 - 102,9 ммоль/л

### 03.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

04.01.18 Суточная глюкозурия –1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 04.01.18 Микроальбуминурия – 43,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.01 |  | 5,5 | 3,9 | 6,0 |
| 06.01 | 8,2 | 8,4 | 8,2 | 7,3 |
| 08.01. | 6,6 | 6,2 | 5,4 | 9,7 |

05.01.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4),

10.01.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 расходящееся косоглазие. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены, извиты ,вены неравномерного калибра, полнокровны в макуле без особенностей. Д-з: Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Альтернирующие расходящееся косоглазие

02.01.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

04.01.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1

03.01.18ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. Минимальная регургитация на МК ТК ЛА, дополнительная хорда ЛЖ.

03.01.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст .

03.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

02.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,4см3; лев. д. V = 8,2см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: рибоксин, тиотриазолин, тиогамма, мильгамма, стеатель, нуклео ЦМФ, Левемир, Новорапид, актовегин

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рек. гликемия: натощак< 5,6, после еды < 10 ммоль/л.
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 3-6ед., п/о-3-6 ед., п/уж – 3-6ед., Левемир п/з 22-24 ед, п/у 18-20 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1 мес. Контроль ЭХОКС через 1 год.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
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 Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.