#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 837

##### Ф.И.О: Гащенко Виталий Витальевич

Год рождения: 1983

Место жительства: Запорожский р-н, с. Шевченко, ул. Молодежная 58

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 12.06.13 по 26.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. Диффузный токсический зоб II, средней тяжести сост. Мед. компенсации. Метаболическая кардиомиопатия, СН I.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 5 кг за пол года, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Фармасулин Н, Фармасулин НNР). Но в связи с нестабильной гликемией, частым гипогликемическими состояниями - переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з12- ед., п/о-12 ед., п/у12-ед., Протафан НМ 22.00- 16 ед. АТ рец ТТГ 4,21 (0-22). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.06.13Общ. ан. крови Нв – 138 г/л эритр –4,2 лейк –4,7 СОЭ – 28 мм/час

э-0 % п- 1% с-70 % л- 28% м- 1%

13.06.13Биохимия: СКФ –92,0 мл./мин., хол –3,9 тригл -1,1 ХСЛПВП -0,87 ХСЛПНП -2,53 Катер -3,48 мочевина –5,6 креатинин –75 бил общ –10,9 бил пр – 3,3 тим –0,9 АСТ – 0,36 АЛТ –0,35 ммоль/л;

13.06.13Анализ крови на RW- отр

14.06.13 Св.Т4 - 16,2 (10-25) ммоль/л; АТ ТПО – 81,1 (0-30) МЕ/мл

### 13.06.13Общ. ан. мочи уд вес 1040 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

14.06.13Суточная глюкозурия – 2,94 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.06.13Микроальбуминурия – 93,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.06 | 12,7 | 9,9 | 4,0 | 5,6 |
| 16.06 | 12,2 | 6,1 | 4,3 | 4,8 |

Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции. Цефалгический с-м на фоне эндокринной патологии. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 20 OS=21

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

12.06.13ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия, СН I.

19.06.13 Осмотр к.м.н. Вильхового С.О.: ДТЗ Ш, средней тяжести, медкаментозная субкомпенсация, СД, тип 1, тяжелая форма.

20.06.13ЭХО КС: КДР- 5,1см; КДО-127 мл; КСР- 3,0см; КСО- 36мл; УО-90 мл; ФВ- 71%; просвет корня аорты - 21см; АК раскрытие - N; ПЛП – 3,9 см; МЖП – 1,0 см; ЗСЛЖ –1,0 см; ППЖ-3,8 см; ТК- б/о; По ЭХО КС: Миксоматоз створок МК, митральная регургитация 1 ст, сократительная функция не нарушена. Преобладания камер сердца нет.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

21.06.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,7 см3; лев. д. V =10,3 см3

Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. Множественые анэхогенные включения до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаки гиперплазии, изменений диффузного типа в паренхиме щит. железы типу ДТЗ, с наличием множественных гидрофильных включений.

Лечение: Мерказолил, Актрапид НМ, Протафан НМ, берлитион, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-12 ед., п/о- 12ед., п/у- 12ед., Протафан НМ 22.00 20 ед. ( с учетом утр. гипергликемии)
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: кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД
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. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год.
12. Рек. к.м.н. Вильхового: УЗИ щи.ж. оперативное лечение в плановом порядке. Госпитализация в х/отд. и эдокр. хирургии КУ «ЗОКБ» 02.07.13
13. В настоящее время оперативное лечение не рекомендовано т.к. тиреотоксикоз компенсирован с минимальными дозами мерказолила. Размеры щит. железы уменьшились, возможно в результате аутоиммунных процессов. Рекомендовано дальнейшее наблюдение эндокринолога с определением Св Т4 , ТТГ. Принимать мерказолил 1т \*2р/д до 09.2013г.

##### Леч. врач Костина Т.К.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А.

Нач. мед. Костина Т.К.