#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 240

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

Год рождения: 1989

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

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 18.02.14 по 03.03.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к IIст сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Диффузный токсический зоб I средней тяжести медикаментозная компенсация. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. перегиб желчного пузыря.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, гипогликемические состояния, 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 переведен на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-2-4ед., п/о- 2-4ед., п/у-2-4 ед., Левемир п/з 12 ед, п/у – 12 ед. ДТЗ с 2010. Принимает тирозол 5 мг утром ТТГ – 0,2 (0,3-4,0)Т4 Св – 17,2 (10-25) от 06.09.13. Гликемия –2,8-11,9 ммоль/л. НвАIс – 5,6 % от 12.01.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.02.14 Общ. ан. крови Нв –176 г/л эритр – 5,4 лейк –5,2 СОЭ –4 мм/час

э-1 % п-2 % с- 55% л- 36 % м-6 %

19.02.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –4,0 тригл -1,34 ХСЛПВП -1,40 ХСЛПНП -2,0 Катер -1,8 мочевина –5,2 креатинин – 79 бил общ – 26,1 бил пр – 6,0 тим – 0,47 АСТ – 0,22 АЛТ –0,10 ммоль/л;

21.02.14 Са- 2,28 ммоль\л

21.02.14Св.Т4 - 18,0(10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/л

### 19.02.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

21.02.14 Суточная глюкозурия – 4,57 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.14 Микроальбуминурия – 55,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.02 | 6,2 | 8,0 | 4,6 | 4,5 |
| 25.02 | 10,6 | 10,0 | 7,7 | 11,8 |
| 27.02 | 9,8 | 6,3 | 4,1 | 7,7 |
|  |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к IIст сенсомоторная форма.

19.02Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

18.02ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена вправо. Позиция вертикальная.

19.02Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

19.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

Гастроэнтеролог: Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. перегиб желчного пузыря.

19.02РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

24.02.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре,

18.02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,0см3; лев. д. V = 8,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тирозол, Новорапид, Левемир, тиогамма, тиотриазолин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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: Новорапид п/з-2-4 ед., п/о- 2-4ед., п/у- 2-4ед., Левемир п/з 12-14 ед, п/у 14-16 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. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. до 1 мес.
10. УЗИ щит. железы ч/з 6 мес.
11. Тирозол (мерказолил) 5мг ½ т утром. Контр. ТТГ, Т4, через месяц с последующим осмотром эндокринолога.
12. Рек гастроэнетрога: стол № 5 режим питания, укр лив 250 мг по 1т 3р\д 1 мес, наблюдение терапевта по м/ж.
13. 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.