#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 685

##### Ф.И.О: Щадных Владимир Андреевич

Год рождения: 1993

Место жительства: г. Запорожье ул. Полякова 5-40

Место работы: н/р

Находился на лечении с 28.05.15 по 20.06.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. С-м вегетативной дисфункции, астено-невротический с-м. Миопия ОИ. САГ II ст. ПМК IIст. ПМК 1 ст. СН 0. Послеоперационный гипотиреоз средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 1 кг за год, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 150 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Тяжелые гипогликемии в 2014 с вызовом СМП. С 2014 назначена инсулинотерапия Генсулин Н ,Генсулин R. В наст. время принимает: Генсулин R п/з- 14-16ед., п/о- 12-14ед., п/у- 10ед., Генсулин Н 22.00 18 ед. Гликемия –7,5-3,5-16,0 ммоль/л. НвАIс – 7,1% от 13.05.15. Последнее стац. лечение в 2014г. В 2011 произведена тиреоидэктомия в связи с диффузно токсическим зобом, рецидивирующее течение. Принимал 200 мкг эутирокса. 13.05.15 ТТГ – 0,35 Мме/мл, доза уменьшена до 175 мкг/сут. В 2013 произведен контроль АКТГ – 25,14; кортизол -13,83(норма); альдостерон 168,55пг/мл(15-150). 25.01.14МРТ ОБП: МРТ признаки гепатоспленомегалии ( некоторое увеличение в размерах селезенки может быть обусловлено наличием добавочной дольки). Начальные признаки портальной гипертензии. Перегиб желчного пузыря. Единичная микронодулярная гиперплазия левого надпочечника. В 2014 больной обследовался в киевском НИИ эндокринологии. Предоставил МРТ ОБП за 12.06.14.: патологии надпочечников не выявлено. Показатели: альдостерон, альдостерон-рениновое соотношение в норме. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.05.15 Общ. ан. крови Нв – 185 г/л эритр –5,7 лейк –4,3 СОЭ –4 мм/час

э- 0% п- 2% с- 59% л- 27% м- 2%

29.05.15 Биохимия: СКФ –110 мл./мин., хол –3,39 тригл -0,80 ХСЛПВП -1,11 ХСЛПНП -1,92 Катер -2,0 мочевина – 6,6 креатинин –112,2 бил общ – 18,4 бил пр –4,3 тим –3,0 АСТ –0,16 АЛТ –0,43 ммоль/л;

29.05.15 Анализ крови на RW- отр

03.06.15 паратгормон интактный – 69,8 пг/мл (12,0-65,0)

29.05.15 К – 5,1 ; Nа – 140 Са – 2,06 ммоль/л

30.05.15 К – 4,56 ммоль\л

### 29.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

02.06.15 Суточная глюкозурия – 0,64 %; Суточная протеинурия – отр

##### 05.06.15 Микроальбуминурия –164,4 мг/сут

09.06.15 H-pylory - отр.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.05 | 9,3 | 9,3 | 7,4 | 6,3 | 5,7 |
| 01.06 | 7,8 | 12,5 | 2,8 | 3,7 | 6,8 |
| 03.06 2.00-3,3 | 8,0 | 9,2 | 2,5 |  |  |
| 05.06 | 8,5 | 8,8 | 6,7 | 12,7 | 14,2 |
| 08.06 | 10,7 | 10,9 | 6,1 | 7,6 |  |
| 10.06 | 12,4 | 10,1 | 3,1 | 4,6 |  |
| 12.06 | 12,4 | 10,0 | 8,0 | 6,2 |  |
| 14.06 2.00-11,3 | 11,9 | 8,9 | 14,5 | 7,1 |  |
| 16.06 | 12,3 | 8,9 | 4,6 | 10,5 | 7,9 |
| 17.06 2.00-9,5 | 9,6 | 6,5 |  |  |  |
| 18.06 | 13,7 | 14,5 | 8,2 | 5,6 | 8,8 |
| 19.06 2.00-8,4 | 6,7 | 4,0 | 12,0 |  |  |
| 20.06 | 9,6 | 8,4 | 6,3 |  |  |

28.05.15Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции, астено-невротический с-м.

28.0515Окулист: VIS OD= 0,3 с кор 0,7 OS= 0,1 с кор 0,4 ;

Оптические среды и глазное дно без особенностей. Д-з: Миопия ОИ.

28.05.15ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

04.06.15Кардиолог: САГ II ст. ПМК IIст. ПМК 1 ст. СН 0.

29.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.06.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

03.06.15Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева –1,2 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

18.06.15 ЭХО КС : на руках.

05.06.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени, поджелудочной железы, застойных изменений в желчном пузыре.; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

28.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 0,6см3; лев. д. V =1,1 см3

Контуры культей ровные. Эхогенность паренхимы повышена за счет прослоек фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лантус, Эпайдра, Генсулин R, Генсулин Н, L-тироксин, панкреатин, эналаприл, индапрес.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии.. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Лантус, Эпайдра. АД 120/80 мм рт. ст. Степень жести диабета со «средней», изменена на «тяжелую форму»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-8-9 ед., п/о-3-5 ед., п/уж – 7-9ед., 20.00 – 2 ед ( при перекусе) Лантус 22.00 23-25 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная госпитализация для подбора инсулинотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Эналаприл 5 мг утром, индапрес 2,5 мг . Контр. АД.
3. Рек. невропатолога: армадин 125 г 2р\д. седосен форте 1к 2р/д.
4. УЗИ культи щит. железы 1р. в год. L-тироксин 175 мкг/сут., контр ТТГ ч/з 2 мес.
5. Контр альдостерон, ренин, альдостерон-рениновое соотношение. Конс хирурга эндокринолога, проведение селективного забора крови из надпочечниковых вен для определение уровня альдостерона в условиях отделения трансплантации КУ ЗОКБ.
6. Контр ионизированного кальция, паратгормона в динамике.
7. 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 Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.