#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 873

##### Ф.И.О: Касапов Павел Васильевич

Год рождения: 1965

Место жительства: К-Днепровский р-н, с . Ивановка ул. Толстого 1в.

Место работы: КП «ПКВ» ЕМР, гл механик ВГМ.

Находился на лечении с 17.07.15 по 30.07.15 в диаб. отд. ( 17.07-23.07.15 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, впервые выявленный. Кетоацидотическое состояние. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст Дисметаболическая энцефалопатия 1, выраженный цереброастенический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН1.. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, тошноту, рвоту, одышку в покое, отсутствие аппетита, снижение веса на 18 кг за 2-3 мес.

Краткий анамнез: Вышеуказанные жалобы в течении 2-3 мес после психо-эмоционального перенапряжения. При обращении в ОКБ 17.07.15 впервые выявлена гипергликемия, ацетонурия. Ургентно направлен а ОКЭД. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора ССТ.

Данные лабораторных исследований.

17.07.15 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр – 4,4 лейк – 7,7СОЭ – 7 мм/час

э- 4% п-4 % с- 79% л- 8 % м- 5%

17.07.15 Биохимия: хол –7,3 мочевина –4,1 креатинин –310 бил общ – 9,8 бил пр –2,4 тим – 3,09АСТ – 0,43 АЛТ – 0,8 ммоль/л; бил общ – 74,2 г/л

20.07.15 креатинин – 123 АСТ – 0,77 АЛТ – 0,43 мкмоль\л

27.07.15 Биохимия: СКФ –72,7 мл./мин., мочевина –3,5 креатинин –105 бил общ – 9,8 бил пр –2,3 тим – 0,65АСТ – 0,12 АЛТ –0,38 ммоль/л;

17.07.15 Амилаза – 83,0 (0-90) ед/л

17.07.15 Гемогл –142 ; гематокр –0,46 ; общ. белок –74,2 г/л; К – 4,3 ; Nа – 134,1 ммоль/л

18.07.15 К – 3,68 ммоль/л

21.07.15 К – 5,2 ммоль/л

23.07.15 К – 4,0 ммоль/л

30.07.15. ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –56,6 (0-30) МЕ/мл

17.07.15 Анализ крови на RW- отр

17.07.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 11 мин.; ПТИ – 91,5 %; фибр – 3,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

19.07.15 Проба Реберга: Д- 2,5л, d- 1,73мл/мин., S- 1,79кв.м, креатинин крови-162 мкмоль/л; креатинин мочи- 5060 мкмоль/л; КФ- 52,2мл/мин; КР- 98,7 %

### 17.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 2-4 в п/зр белок – 0,110 ацетон –3+++; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

С 22.07.15 ацетон - отр

18.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,03

19.07.15 Суточная глюкозурия – 3,68%; Суточная протеинурия – 0,087

28.07.15 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – 0,034

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.07 |  |  | 13,1 | 8,9 | 7,8 |
| 18.07 | 10,8 | 6,8 | 8,9 | 8,0 | 8,2 |
| 20.07 | 9,4 | 6,4 | 4,6 | 9,3 | 5,4 |
| 22.07 | 9,3 | 5,4 | 5,4 | 5,3 | 8,3 |
| 24.07 | 8,8 | 11,3 | 8,5 |  |  |
| 27.07 | 9,8 | 9,0 | 11,1 | 8,2 | 4,2 |
| 28.07 | 5,0 | 8,8 |  |  |  |

17.07.15Невропатолог: Дисметаболическая (кетоацидотическая) энцефалопатия 1, выраженный цереброастенический с-м.

20.07.15Окулист: (осмотр в ОИТ).

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.07.15ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.Умеренная гипертрофия левого желудочка. Признаки «перегрузки» правого предсердия. Диффузные изменения миокарда.

22.07.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

22.07.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН1.

29.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

29.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,7 см3; лев. д. V = 3,7 см3

Эхоструктура нормальной эхоинтенсивности, с выраженной неравномерностью, чередованием гипоэхогенных и гиперэхогенных участков, мелкими фиброзными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы щит. железы с уменьшением её объема.

Лечение: энтеросгель, альмагель, рантак, тиоктацид, ККБ, эссенциале, пирацетам, индап, фуросемид, анальгин, димедрол, папаверин, тиотриазолин, аспаркам, белый уголь, гепарин, контривен, KCl, велофузин, реосорбилакт, стирофундин, Хумодар Р100Р,Инсуман Рапид, Инсуман Базал.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. Отмечает снижение остроты зрения и четкости.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 10-12ед., п/уж – 8-10ед., Инсуман Базал п/з 16-18ед, п/у – 14-16ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: тиотриазолин 300мг \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
10. Анализ крови на ТТГ.
11. Осмотр окулиста в динамике.
12. Б/л серия. АГВ № 2349 с 17.07.15 по 30.07.15. К труду 31.07.15.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.