#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1437

##### Ф.И.О: Гарьковенко Юрий Сергеевич

Год рождения: 1984

Место жительства: г. Бердянск ул. 12декабря 10-11,

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.11.16 по 30.11.16 в диаб. отд. (18.11-21.11.16 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к кетоацидотическим и гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма, начальные проявления. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. . Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Субклинический гипотиреоз, впервые выявленный.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапию. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 12ед., п/о- 10ед., п/у-8 ед., Протафан НМ 22.00-16ед. Гликемия –10-15 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. АИТ без увеличения объема щит. железы с 2012 АТТПО – 365 МЕ/мл (0-30). АТТГ – 18,1 МЕ/мл ( 0-100). Госпитализирован ургентно в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии в связи с кетоацидотическим состоянием, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.11.16 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр – 4,5 лейк – 5,1 СОЭ – 6мм/час

э- 1% п-0 % с- 78% л-19 % м- 2%

18.11.16 Биохимия: хол –5,8 мочевина –5,3 креатинин –94 бил общ –13,9 бил пр –3,5 тим –2,5 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,47 ммоль/л;

18.11.16 Амилаза – 40,6,

22.11.16 Глик. гемоглобин – 10,8%

18.11.16 Анализ крови на RW- отр

28.11.16ТТГ – 8,3 (0,3-4,0) Мме/мл

28.11.16 Гемогл – 151; гематокр – 0,46; общ. белок –76,8 г/л; К – 3,5 ; Nа –143 ммоль/л

20.11.16 К – 4,03 ммоль/л

18.11.16 Коагулограмма: вр. сверт. –9 мин.; ПТИ – 97 %; фибр – 3, г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4 \* 10-4

### 18.11.16 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. пл. -ед много; эпит. перех. -ед много в п/зр

С 21.11.16 ацетон - отр

### 22.11.16 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - многов п/зр

19.11.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

25.11.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

24.11.16 Суточная глюкозурия – 2,74%; Суточная протеинурия – отр

##### 24.11.16 Микроальбуминурия –46,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.11 |  | 13,2 | 12,6 | 13,1 | 4,5 |
| 20.11 | 11,5 | 11,6 | 8,5 | 6,5 |  |
| 22.11 | 12,8 | 14,0 | 3,0 | 8,2 | 6,5 |
| 24.11 2.00-7,9 | 10,9 | 18,9 | 7,7 | 8,5 |  |
| 27.11 | 11,0 | 6,6 | 6,5 | 6,0 |  |
| 29.11 | 9,7 |  |  |  |  |
| 30.11 | 8,2 |  |  |  |  |

18.11.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма, начальные проявления.

22.11.16Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ;

Артерии сужены,. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены неравномерно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

18.11.116ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. диффузные изменения миокарда с нарушением кровообращения задней стенки.

22.11.116ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.11.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I.

18.11.16 ФГ ОГК № 100404: без патологии

22.11.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.11.16РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

22.11.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,4см3; лев. д. V =8,7 см3

Перешеек –0,8 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура однородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, рантак, ККБ, атоксил, альмагель, аспаркам, гепарин, калия хлорид, парацетамол, валериана, тиоктацид,

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: Актрапид НМ п/з-18-20 ед., п/о-12-14 ед., п/уж -10-12 ед., Протафан НМ 22.00 25-27 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ через 1 мес с послед. конс. эндокринолога для определения дальнейшей тактики ведения.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.