#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1605

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

Год рождения: 1983

Место жительства: Запорожский р-н, с. Шевченково, 58

Место работы: инв Ш гр н/р

Находился на лечении с 15.11.17 по 30.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III-ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. С-м «сухого глаза» ОИ. Диффузный токсический зоб II. средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации. Эндокринная офтальмопатия легкой степени, неактивная фаза. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ПМК 1 ст . Дисметаболическая энцефалопатия 1 ст, цереброастенический с-м II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, общую слабость, потерю веса, гипогликемические состояния в разное время суток, связанные с физ нагрузкой, потливость, сердцебиение, дрожание пальцев обеих кистей.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. Течение заболевания лабильное, по данным амб. карты в амб условиях. гипергликемия натощак, постпраниальнаядо 12 ммоль/л. Глик гемоглобин 12% от 03.2017. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 12-14ед., п/о- 14-16ед., п/у- 12-14ед., Протафан НМ 22.00 24- 26 ед. Гликемия –12-17 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2016г. ДТЗ выявлен в 2009, эндокринологом по м/ж назначался мерказолил, в связи с неустойчивым эмоциональным состоянием, дрожью во всем теле, сердцебиением, потерей веса. По лабораторным данным, уровень тиреоидных гормонов в пределах нормы Т4св 23,2 (с 2015 по настоящее время). АТ ТПО – 40,5 (0-30) МЕ/мл АТрТТГ – 4,21 от 2014. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.11 | 144 | 4,3 | 5,2 | 10 | 2 | 0 | 56 | 41 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.11 | 95 | 4,34 | 1,48 | 1,44 | 2,22 | 2,0 | 5,2 | 79 | 12,5 | 3,0 | 2,0 | 0,1 | 0,39 |

16.11.17 Глик. гемоглобин -11,7 %

16.11.7 Св.Т4 - 23,0(10-25) ммоль/л; ТТГ –0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

АТ рТТГ – 2,32 (положительный более 1.75)

16.11.17 К – 4,29 ; Nа –137 Са++ -1,07 С1 - 102 ммоль/л

### 16.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –5-7 в п/зр белок – 0,024 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

17.11.17 Суточная глюкозурия – 1,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 23.11.17 Микроальбуминурия –49,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.11 | 12,3 | 12,2 | 3,4 | 3,9 |
| 18.11 | 13,7 |  | 18,4 |  |
| 19.11 | 10,5 | 8,0 | 4,3 | 6,0 |
| 21.11 | 14,3 | 14,8 | 9,3 | 11,1 |
| 23.11 | 10,9 | 10,2 | 3,5 | 4,1 |
| 25.11 | 6,0 | 5,1 | 8,0 | 13,2 |
| 26.11 | 13,1 | 7,5 | 3,5 | 87 |
| 27.11 |  |  | 9,9 |  |
| 28.11 | 12,6 |  |  |  |

21.11.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Дисметаболическая энцефалопатия 1 ст, цереброастенический с-м II. Рек : келтикан 1т 3р/д, диалипон 600 в/в витаксон 2,0 в/м

29.1.117 Окулист: VIS OD=0,8 OS= 0,8 ; веки отечные больше верхние, неравномерно снижены. Оптические среды прозрачны. Гл. дно: вены широкие уплотнены, артерии сужены, сосуды умерено извиты, В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. С-м «сухого глаза» ОИ. Эндокринная офтальмопатия легкой степени, неактивная фаза.

15.11.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

30.11.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

15.11.17 ФГ ОГК № 43940 бе патологии

29.11.17 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ПМК 1 ст

Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1мес, ивабрадин 5 г 1-2 р/д,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

28.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.1.117 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

17.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

20.11.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

15.1.117 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,6см3; лев. д. V = 11,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. и гидрофильные очаги до 0,35 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, пирацетам, тивомакс, бисопролол, мерказолил.

Состояние больного при выписке: СД декомпенсирован. Целевые значения уровня гликемии не достигнуты, из-за постоянного нарушения режима питания. С больным неоднократно проводились беседы о соблюдении режима питания в вечернее время, режима введения инсулина. После проведения инфузионной терапии боли в н/к уменьшились. В настоящее время симптомы тиреотоксикоза не отмечаются. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-18 ед., п/о- 14ед., п/уж 14- ед., Протафан НМ 22.00 36-38ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1мес, ивабрадин 5 мг 1-2 р/д,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес. Контр ТТГ 1р в 3 мес. Т4св 1р/мес, ОАК 1р/мес.

Тирозол 5 мг 3р/д, 3-4 нед, затем 10 мг/сут 3 нед, с последующим снижением дозы каждые 10 дней до поддерживающей 5 мг, с последующей конс. эндокринолога для определения дальнейшей тактики лечения

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.