#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1068

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

Год рождения: 1983

Место жительства: Запорожский р-н, с. Шевченковское, ул. Молодежная, 58

Место работы: АЗС ЧАО «Укрнафта», помошник оператора

Находился на лечении с 15.08.18 по 28.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диффузный токсический зоб II., средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Эндокринная офтальмопатия легкой степени, не активная фаза ОИ. Метаболическая кардиомиопатия. СН 0. Пролапс митрального клапана I ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, учащенный ночной диурез, выпадение зубов, усиление болей и онемение н/к, похолодание в стопах, гипогликемические состояния в разное время суток, повышение АД макс. до 145/80 мм рт.ст., периодические отеки верхних и н/к, головные боли, давящие боли в глазных яблоках, дискомфорт в области шеи.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009 г. Обратился за медпомощью по поводу сухости во рту, жажды, прогрессирующего снижения веса. При обследовании была выявлена гипергликемия 14,4 ммоль/л. С начала заболевания инсулинотерапия: Фармасулин Н, Фармасулин НNР в 4-х кр. режиме. В 2012 г. переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 14 ед., п/о- 13 ед., п/у-15 ед., Протафан НМ. 22.00- 36 ед. Гликемия – 3,0-15,9 ммоль/л. НвАIс - 11,7% от 01.08.18. Последнее стац. лечение в 11.2017 г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: В 2009 выявлен ДТЗ II ст. 2009: АТ-ТГ – 12,3 (0-100) Мме/мл; АТ ТПО – 40,5 (0-30) МЕ/мл, принимал меркозолил, в 2012 г. была рекомендована тиреоидэктомия. АТрТТГ 4,21 (2014 г.). В настоящее время принимает тирозол 5 мг в сут. от 01.08.18 ТТГ < 0,10 (0,3-4,0), Т4 св. 1,12 (0,78-1,94).

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 16.08 | 144 | 4,3 | 7,4 | 8 | | 197 | | 2 | 2 | 55 | 38 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 16.08 | 88 | 5,04 | 1,39 | 1,41 | 2,99 | | 2,6 | 4,6 | 86 | 11,7 | 2,7 | 2,7 | | 0,36 | 0,56 |

16.08.18 Анализ крови на RW- отр

01.08.18 Св.Т4 – 1,12 нг/дл (0,78-1,94); ТТГ < 0,10 (0,3-4,0) мкМе/мл

16.08.18 К – 4,41; Nа – 144; Са++ - 1,16; С1 - 102 ммоль/л

15.08.18 Ацетон мочи: отр.

### 16.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1024; лейк – 1-2-3 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед., бактерии на ½ п/зр.

17.08.18 Суточная глюкозурия – 4,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.08.18 Микроальбуминурия – 228,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.08 |  |  |  |  | 3,6 |
| 16.08 | 5,7 | 11,2 | 5,2 | 5,4 | 6,7 |
| 19.08 | 11,0 | 10,4 | 4,6 | 4,4 | 9,1 |
| 20.08 | 13,1 |  | 15,3 | 9,0 | 9,5 |
| 21.08 | 14,1 | 13,2 | 8,8 | 5,8 | 6,1 |
| 22.08 | 12,1 | 13,0 |  |  | 6,9 |
| 23.08 2.00-9,0 | 10,8 |  |  |  | 10,1 |
| 24.08 2.00-10,9 | 8,0 |  |  |  |  |
| 26.08 | 13,6 | 13,2 | 11,8 | 10,9 | 9,2 |
| 27.08 2.00-2,9 | 4,2 | 5,9 | 5,6 | 4,8 |  |
| 28.08 2.00-5,2 | 7,1 |  |  |  |  |

20.08.18 Окулист: VIS OD= 1,0; OS= 1,0; Веки отечные (верхнее больше нижнего) .На гл. дне: артерии сужены, вены расширены, полнокровны. Сосуды умеренно извиты. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Эндокринная офтальмопатия легкой степени, не активная фаза.

15.08.18 ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

17.08.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. СН 0. Пролапс митрального клапана I ст. Рек-но: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., ЭХО КС, 5 стандартных проб

22.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно, валаргин 3000 1 т\*1 р/д 1 мес.

21.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.08.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диабетической ангиопатии артерий н/к.

28.08.18 Осмотр хирурга эндокринолога Вильхового С.О.: Диффузный токсический зоб III., средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация.. Эндокринная офтальмопатия легкой степени, не активная фаза ОИ. Метаболическая кардиомиопатия. СН I. Рек-но: динамическое наблюдение эндокринолога, при рецидиве тиреотоксикоза решение вопроса об оперативном лечении.

16.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 16,9 см3; лев. д. V = 10,9 см3

Перешеек –0,53см. Щит. железа увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, Эхоструктура крупнозернистая, со множественными гидрофильными очагами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тирозол, эспа-липон, тивомакс, суприлекс.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, сухость во рту, жажда, полиурия не беспокоят, гипогликемические состояния не отмечаются, гликемия в пределах целевого уровня, несколько уменьшились боли в н/к.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ 14-16 п/з- ед., п/о- 10-12 ед., п/уж – 10-12 ед., Протафан НМ 22.00 51-52 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: суприлекс 1т.\*3 р. 1 мес.
7. Рек. кардиолога (см. выше).
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром, Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/утром 2-3 мес.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Продолжить прием тирозола 5 мг в сут.Контр ТТГ, Т4 св. через 3 мес. При рецидиве тиреотоксикоза – оперативное лечение.
11. Б/л серия. АДЛ № 177696 с15.08.18 по 28.08.18 к труду 29.08.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.