#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 353

##### Ф.И.О: Годованец Юрий Сергеевич

Год рождения: 02.01.1994

Место жительства: Днепровская область пгт Марганец ул. Советская 8

Место работы: ООО «НБМ -ГРУПП» водитель автопогрузчика. Инв II гр с детства.

Находился на лечении с 12.03.18 по 20.03.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Ангиопатия сетчатки ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Церебрастенический с-м. метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, периодические головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость. тошноту рвоту съеденной пищей,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г.(с 5 летнего возраста) в кетоацидотическом состоянии. ИТ с начала заболевания. В настоящее врем принимает Фармасулин НNP п/з 18 ед. 22.00- 15 ед. Фармасулин Н п/з 8 ед, п/о 10 ед, п/у 10 ед. Ухудшение состояния в течение суток когда появились жалобы: тошноту рвоту съеденной пищей. Обратился самостоятельно на приемный покой ЗОКБ при обследовании гликемия 18.0 ммоль/л от 12.03.18. Направлен в ОКЭД (имеется направление ЗОКБ), при обследовании 12.03.18 ацетон мочи 2+, гликемия 12,7 ммоль/л Госпитализирован ургентно. НвАIс – 6,9 % от 10.2017. Последнее стац. лечение в 03.2017г ( 4-й ГБ). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД. Все сведения о больном записаны со слов больного, медицинская документация, документы, удостоверяющие личность не предоставлены.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 12.03 | 134 | 4,1 | 8,9 | 24 | 1 | 2 | 59 | 32 | 6 |
| 12.03 | 139 | 4,3 | 12,2 | 3,0 | 3 | 3 | 57 | 34 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.03 |  |  |  |  |  |  | 6,4 | 113 | 16,2 | 4,1 | 3,1 | 0,53 | 0,6 |
| 13.03 |  | 4,3 | 2,27 | 1,27 | 1,99 | 2,4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.03 |  |  |  |  |  |  | 7,1 | 66 |  |  |  | 0,32 | 0,51 |

13.03.18 К – 4,31 Na 137

12.03.18 Амилаза – 26,3

13.03.18 Глик. гемоглобин – 11,6%

19.03.18 Инсулин –27,28 (2,6-24,9) мкЕд/мл; С-пептид –0,08 (1,1-4,4) нг/мл

12.03.18 Гемогл – 134 ; гематокр –0,4 ; общ. белок – 83 г/л; К –4,59 ; Nа – 140 ммоль/л

12.03.8АЧТЧ - 30,1 МНО 0,97 ПТИ 103 фибр – 3,3

14.03.18 Проба Реберга: креатинин крови-70 мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 21.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1034 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

13.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - 250 белок – отр

19.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 250 белок – отр

14.03.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 16.03.18 Микроальбуминурия – 26мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 12.03 |  |  | 7,3 | 5,1 | 5,0 |
| 13.03 2.00-5,8 | 12,2 | 7,4 | 4,7 | 6,9 | 4,1 |
| 15.03 2.00- 3,5 | 11,8 | 6,8 | 6,0 | 5,1 | 10,1 |
| 17.03 2.00-5,5 | 10,7 | 10,3 | 6,2 | 5,0 | 5,1 |
| 18.03 2.00-6,8 | 9,9 | 6,2 | 4,1 | 4,7 | 8,5 |
| 19.03 1.30-3,2 | 11,2 | 4,8 | 3,5 | 6,4 | 4,2 |

13.03.18 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1 ст.

12.03.18 окулист Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Легкая деколорация, гр. четкие А:V 2:3 Сосуды сужены, вены уплотнены, умеренно извиты, в макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

12.03.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ.

20.03.18 Психиатр - признаков психического расстройства на момент осмотра не выявлено.

12.03.18Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 0-1

16.03.18 Хирург: Посттравматический миозит левой голени?

19.03.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; с увеличением её размеров, фиброзирования поджелудочной железы.

19.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,7 см3; лев. д. V =5,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

20.03.18 Консилиум в составе Гл. врач Черникова В.В. Нач. мед. Карпенко И.В. Доц. Ткаченко ОВ. Доц. Соловьюк АО. Зав. отд. Фещук. И.А. диагноз согласован, для уточнения диагноза и выявления причины гипогликемии необходимо дообследование: КТ ОБП с контрастированием ангиография, анализ крови на ТТГ, Т4св ,кортизол; Учитывая заявление на продолжение лечения и обследование по м/ж выписывается с рекомендациями 20.03.17

Лечение: атоксил, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, метаклопромид, кардонат, фуросемид, витаксон, левофлоксацин, берлитион, панкреатин, супрастин, дексаметазон, корвалол, лефлокс

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н 1-2 ед при повышение гликемии больше 10,0 ммоль /л (с контролем гликемии в динамике)
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Рек. кардиолога: кардонат 1т 3р/д 1 мс,
7. Рек. невропатолога: церебролизин 10,0 в/в . МРТ головного мозга в плановом порядке
8. Б/л не выдан ввиду отсутствие документа подтверждающего личность
9. Рек консилиума см. выше.
10. Выписан по настоянию, имеется заявление в истории болезни.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.