#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 979

##### Ф.И.О: Минаков Сергей Анатольевич

Год рождения: 1971

Место жительства: г. Орехов ул. Р. Люксембург 11

Место работы: инв СА II гр С.А.А.А. № 1010196

Находился на лечении с 19.09.13 по 24.08.13 в диаб. (ОИТ) отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия V ст. ХБП V ст.: терминальная стадия.. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая полинейропатия н/к. Полипоз желчного пузыря. Хронический гастродуоденит, неассоциированный с H-pylory, вне обострения. Анемия смешанного генеза. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 7 кг за 6 мес при сниж. аппетите, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги ночью, онемение ног, повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., головные боли, сонливость, боли в поясничной области, отеки н/к, тошнота, рвота, отсутствие аппетита..

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы – кетоацидотическая 1995. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10-12ед., п/о-12-15 ед., п/у- 10 ед., Протафан НМ 22.00 – 16 ед. НвАIс – 9,6 % 07.2013. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД, протеинурия в течение 10лет. Из гипотензивных принимает лозап 1т/д. В течении 5 лет отеки н/к. Анемия с 2007. Периодически принимает препараты железа. Прогрессирующее ухудшение зрения в течении 5 лет. В 2009 диагносцирован аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, эутиреоз. АТТПО – 87,3 (0-30) АТТГ 387,9 (0-100), ТТГ 3,2 (0,3-5,2) от 2008. Заключение коммисии по гемодиалиху от 13.08.13.: формирование АВ фистолы. Очередность хронического гемодиализа. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии т.к. гипергликемия до 26 ммоль/л, невводил инсулин т.к. выраженная тошнота, рвота, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.09.13Общ. ан. крови Нв – 78 г/л эритр – 2,5 лейк – 7,8 СОЭ –43 мм/час

э- 1% п- 2% с- 70% л- 24% м-3 %

19.09.13Общ. ан. крови Нв – 73 г/л эритр – 2,0 лейк – 9,8 СОЭ –12 мм/час

э- 2% п- 2% с- 75% л- 20% м-1 %

23.09.13 мочевина -42,8 креат -985 бил общ-11,8 бил пр -2,9 тим -2,9 АСТ -0,49, АЛТ 0,44

25.09.13Биохимия: хол –3,8 мочевина –43,59 креатинин –911,3 бил общ – 10,2 бил пр – 2,6тим –1,46 АСТ –1,26 АЛТ – 0,67 ммоль/л;

22.09.13 мочевина 4,01, креатин 937 АСТ – 127 АЛТ -0,65

10.09.13Анализ крови на RW- отр

19.09.13Гемогл – 78 ; гематокр – 0,26 ; общ. белок –69,0 г/л; К – 4,1 ; Nа – 136 ммоль/л

21.09.13 К – 4,8 ммоль/л

22.09.13 К – 3,76 ммоль/л

230.5.13 К – 4,5 ммоль/л

15.09.13Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 86,2 %; фибр – 2,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6\*10-4

09.13Проба Реберга: Д- 2,7л, d- 1,87мл/мин., S- 1,85кв.м, креатинин крови-872мкмоль/л; креатинин мочи- 4745 мкмоль/л; КФ- 9,5мл/мин; КР- 80,5%

### 09.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – в п/зр белок – 1,83 ацетон –1+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

22.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 12500 эритр -500 белок – 1,68

23.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – 1,908

21.09.13Суточная глюкозурия – 0,76%; Суточная протеинурия – 3,54

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.09 |  |  | 22,6 | 19,3 | 10,7 |
| 20.09 | 11,2 | 6,7 | 19,4 | 10,5 | 19,4 |
| 21.09 | 18,5 | 14,7 | 8,3 | 6,7 | 9,9 |
| 22.09 | 19,4 | 13,5 | 9,7 | 9,5 | 12,6 |
| 23.09 | 17,9 | 10,5 | 7,8 | 7,2 | 5,7 |

Окулист: VIS OD=0,7 OS=0,7 ; ВГД OD= 21 OS=22

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.09.13ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Неполная блокада ПНПГ. С-м ранней реполяризации желудочков.

Кардиолог: САГ Ш ст.

ФГДЭС: атрофический г/дуоденит

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.7.13 Р-скопия ОГК: Легкие, сердце в норме.

19.09.13 Р-графия ОГК Легкие без очаговых инфильтрация, корни малоструктурны, сердце б/о.

Нефролог: ХБП Ш ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия.

Уролог ОКП: данных за аденому предстательной железы не выявлено. Пр. здоров

08.2013Гастроэнтеролог: Полипоз желчного пузыря. Хронический гастродуоденит не ассоциированный с H-pylory, вне обострения.

РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

08.2013Гематолог: Анемия смешанного генеза.

08.2013УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, образования по передней стенке, похожего на полип, застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, изменений диффузного типа в паренхиме правой почки. Размеры почек: правая 10,9\*4,1\*5,0см, левая 9,5\*4,5\*4,8 см.

08.2013УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9 см3; лев. д. V = 8,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, вессел дуэф, дилтиазем, трифас, ливонорм, фосфалюгель, нормазе.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован,сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к, отечность. АД140/80-160/90 мм рт. ст. Сохраняется выраженная общая слабость, быстрая утомляемость. С целью компенсации сахарного диабета, нарастанию креатиниа, больному рек-н прием только Актрапид НМ, на котором отмечается стабилизация гликемии.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 16ед., п/о- 12ед., п/у- 10-12ед., 22.00 – 6-8 ед, 2.00 – 2 ед. 6.00 – 2-4 д.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии, К, Са, мочевины, креатинина, ОАК.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: фозиноприл 10-20 мг 1р/д, дилтиазем ретард 90мг \*2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
7. Дилтиазем 90 мг 3р\д., кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, ливонорм 1т утром 3 мес. фосфалюгель 1 к 2р/д – 2 нед
10. Рек. гематолога: тардиферон 2т./д. утр. 1 мес затем 1т/д постоянно, алфавит 1т\* 3р/д 4 мес. Дан совет по питанию. Контроль ан. крови 1 р/мес.
11. Больной госпитализируется в отд. трансплантологии дя постановки АВ фистулы. Согласовано с доц. Подаковым Н.Н.

##### Леч. врач Костина Т.К.

и/о Зав. отд. Ермоленко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.