#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 857

##### Ф.И.О: Сытник Анатолий Борисович

Год рождения: 1958

Место жительства: Токмакский р–н. Кутузовка, ул. Вишневая 48

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 08.07.14 по 17.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ Дисциркуляторная энцефалопатия II вестибуло-атактчиский с-м. Цирроз печени, прогрессирующее течение. Класс «В» по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия. Хронический гастродуоденит, с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Геморрагический васкулит, кожно-суставная форма.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, судороги, онемение ног, боли в икроножных мышцах, усиливающиеся во 2 половине дня высыпание на н/к и в/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы: 2011- гипогликемическая (со слов, документация не предоставлена). С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-12 ед., п/о- 10ед., п/у-8 ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 14 ед. Пациент переведен на дробный режим инсулинотерапии в г/отд ЗОКБ. Гликемия –28,0-3,2 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. С25.06. по 08.07.14 стац лечение в г/о ЗОКБ по поводу цирроза печени, портальной гипертензии. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.07.14 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр –4,1 лейк –8,8 СОЭ –24 мм/час

э- 9% п-0 % с- 47% л- 42% м- 9%

10.07.14 тромб - 240

14.07.14 Общ. ан. крови Нв –107 г/л эритр –3,3 лейк –6,8 СОЭ –25 мм/час тромб - 220

э- 6% п-0 % с- 57% л- 34% м- 3%

09.07.14 Биохимия: хол –3,31 тригл -1,48 ХСЛПВП -2,04 ХСЛПНП -0,59 Катер -0,62 мочевина –5,2 креатинин –93,6 бил общ –8,9 бил пр – 2,2 тим – 0,43 АСТ –0,31 АЛТ –0,13 ммоль/л;

09.07.14 амилаза – 63,3 (0-90) Ед/л

14.07.14 С- реактивны белок – отр

15.07.14 Ревматоидный фактор – отр

15.07.14 белок общ – 53, альбумин – 29 (358-54) г/л

15.07.14 Антител на ВИЧ – не обнаружено.

08.07.14 Гемогл – 125 ; гематокр – 0,41 ; общ. белок – 58 г/л; К – 4,6 ; Nа –139 ммоль/л

08.07.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 100 %; фибр – 4,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6\*10-4

10.07.14 Проба Реберга: Д- 1,6л, d-1,11мл/мин., S-1,84 кв.м, креатинин крови-100 мкмоль/л; креатинин мочи-5520 мкмоль/л; КФ57,60- мл/мин; КР- 98,07%

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

10.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

10.07.14 Суточная глюкозурия – 1,24 %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.07.14 Микроальбуминурия – 145,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.07 |  |  | 8,2 | 12,4 |
| 09.07 | 5,2 | 9,2 | 8,4 | 11,4 |
| 10.07 | 8,3 | 6,5 | 4,9 | 7,7 |
| 13.07 | 8,3 | 2,4 | 5,4 | 4,2 |
| 14.07 |  | 9,4 |  |  |

09.07.Невропатолог: ДЭП II вестибуло-атактчиский с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма.

17.07Окулист: осмотр в палате. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

08.07.14ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

26.06.14Кардиолог ЗОКБ: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I.

16.07.14 Ревматолог: рекомендовано диагностировать этиологию цирроза печени, реализации рекомендации гепатолога, гастроэнтеролога, лечение основной патологии ( цирроза печени)

11.07Кон. инфекциониста гепатоцентра: Больной диагностически не ясен. Рекомендовано: маркеры вирусного гепатита, кровь на ВИЧ, кровь на стерильность и чувствительность к антибиотикам ( при повышение t° тела) продолжить лечение гастроэнтеролога по поводу цирроза печени.

09.07Дерматолог ЗОКВД: Геморрагический васкулит. Рекомендовано: провести лечение в ревматологическом отд.

09.07.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.07.14 Гематолог к.м.н. Бабак Г.Я.: закл: у больного геморрагический васкулит кожно-суставная форма. Рекомендовано провести дезагрегантную и дезтинтоксикационную терапию . Сеансы лечебного плазмофереза.

08.07.14 Хирург: хирургической патологии нет.

08.07УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1см3; лев. д. V = 4,5 см3

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

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, Фармасулин Н, немесил, панзинорм, урсохол, торсид, верошпирон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 110/70 мм рт. ст. Учитывая сохраняются боли в н/к., высыпания в/к и н/к, нижней половины туловища неясного генеза, пациенту рекомендовано продолжить динамическое наблюдение, дообследование и лечение в терапевт. отд. по м/ж.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, гастроэнтеролога, инфекциониста, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 10-12ед., п/о- 10-12ед., п/уж -8-10 ед., Хумодар Б100Р 22.00 14-16 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. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут..
7. Рек. гематолога: провести дезагрегантную и дезтинтоксикационную терапию. Сеансы лечебного плазмофереза.
8. Рек инфекциониста гепатоцентра: маркеры вирусного гепатита, кровь на ВИЧ, кровь на стерильность и чувствительность к антибиотикам ( при повышение t° тела) продолжить лечение гастроэнтеролога по поводу цирроза печени.
9. Рек дерматолога : провести лечение в ревматологическом отд.
10. Рек. ревматолога ЗОКБ: диагностировать этиологию цирроза печени реализации , рекомендации гепатолога, гастроэнтеролога, лечение основной патологии ( цирроза печени)
11. Рек. гастроэнтеролога: панзинорм 20тыс по 1т 3р\д 10 дней, затем 10тыс 1т 3р\д 10 дней, затем по требованию; пантопрозол 20 мг за 20 мин до еды 10 дней; урсохол 2к на ночь 3 мес, затем гептал 400 мг 1к/сут 3 мес – курсами 3р\год; верошпирон 100 мг утром ежедневно – постоянно; трифас 10 мг ( фуросемид 40 мг) 1т утром 2р/нед (среда/суббота); Контр печеночных проб ч/з 2 -3 мес с послед. конс гастроэнтеролога.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.