#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1275

##### Ф.И.О: Рыжов Геннадий Георгиевич

Год рождения: 1974

Место жительства: Акимовский р-н, п.г.т. Акимовка ул. Первомайская 34

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 15.10.14 по 03.11.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП ШОП. (остеохондроз), радикулярный с-м С7-С8 справа. Нейротрофический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы, фаза затухающего обострения. Гипомоторная дискинезия желчного пузыря. ГЭРБ 1-II, рефлюкс эзофагит. Хронический гастродуоденит не ассоциированный с Н-Pylory. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП, без эффекта. С 2012 переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 22ед., п/о- 14ед., п/у- 10ед., Фармасулин НNР 22.00 – 10 ед. Гликемия –5,0-10,0 ммоль/л. НвАIс – 8,9 % от 02.10.14. В 2014 острый панкреатит, панкреонекроз. Последнее стац. лечение в 2013г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.10.14 Общ. ан. крови Нв – 135 г/л эритр – 3,9 лейк –5,8 СОЭ –7 мм/час

э-2 % п- 0% с-55 % л- %28 м- 15%

16.10.14 Биохимия: СКФ –127 мл./мин., хол –4,14 тригл -1,86 ХСЛПВП -1,51 ХСЛПНП -1,78 Катер -1,7 мочевина – 4,5 креатинин –74 бил общ –8,9 бил пр –2,2 тим –2,8 АСТ – 0,38 АЛТ – 0,42 ммоль/л;

### 16.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

16.10.14 кал на я/г – отр.

17.10.14 Суточная глюкозурия –0,76 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.10.14 Микроальбуминурия –100,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.10 | 9,3 | 13,3 | 6,4 | 4,7 | 3,8 |
| 19.10 | 10,2 | 12,5 | 7,7 | 5,3 | 4,8 |
| 22.10 | 10,2 | 18,6 | 17,6 | 8,9 | 13,9 |
| 24.10 | 10,2 | 17,5 | 14,0 | 13,7 |  |
| 27.10 | 11,1 | 21,9 | 16,4 | 15,3 |  |
| 29.10 | 10,8 | 12,8 | 6,7 | 8,5 |  |
| 31.10 | 7,1 | 11,5 | 5,8 | 3,7 |  |

27.10.14 Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП ШОП. (остеохондроз), радикулярный с-м С7-С8 справа. Нейротрофический с-м.

15.10.14Окулист: VIS OD=0,8 OS=0,5

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

15.10.14ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось S тип ЭКГ. Гипертрофия левого желудочка.

27.10.14.Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

28.10.14 на р-гр ШОП признаки субхондрального склероза, снижение высоты межпозвонковых дисков, выпрямление шейного лордоза

16.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.10.14Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы, фаза затухающего обострения. Гипомоторная дискинезия желчного пузыря. ГЭРБ 1-II, рефлюкс эзофагит. Хронический гастродуоденит не ассоциированный с Н-Pylory.

21.10.14 ФГДЭС: Рефлюкс эзофагит. Эритоматозная гастропатия.

16.10.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

16.10.14Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева –1,15 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

30.10.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита на фоне которых создается впечатление наличия кисты в задних отделах головки, функционального раздражения кишечника.

15.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V = 7,0 см3

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

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, эналаприл, торсид, диалипон в/в, витаксон в/м.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н, п/з-38-40 ед., п/о- 19-20ед., п/уж -10-12 ед., Фармасулин НNР 22.00 24-26ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг \*1р/д. Контроль АД, ЭКГ.
3. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.
4. Рек. невропатолога: нейромидин 1,5% 1,0 в/м № 10, затем 20 мг 3р\ 1,5 мес, нуклео ЦМФ 2,0 в/м № 10 затем 1т. \*2р/д 20 дней ,актовегин 15,0 в/в № 10, массаж ШВЗ, МТ, ЭНМГ в/к справа.
5. Рек. гастроэнтеролога: УЗИ ОБП ч/з 3 мес, КТ ОБП планово с послед конс хирурга, мовеспазм (метиоспазмил) 1к 2-3р/д перед едой 10 дней, затем прием по требованию, панзинорм 20 000 1т 3р\д с едой 10 дней, затем 10000 с едой 10-14 дней, проксиум 40 мг 1т 1р\д 15-20 дней.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.