#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1096

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

Год рождения: 1974

Место жительства: Акимовский р-н, п.г.т. Акимовка, ул. Первомайская 38

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 14.09.15 по 30.09.15 в диаб. отд. ( 29.09.15-30.09.15 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейном уровне с преимущественным поражением С5Д1. Стеноз позвоночного канала на уровне С1. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 7 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, нестабильный со склонностью к поносу..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая – 2012 27.08.15 ургентная госпитализация в ОИТ ЦРБ в кетоацидотическом состоянии. С начала заболевания ССП. В 2012 в связи с неэффективностью ТСП переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-40 ед., п/о-20 ед., п/у-10ед., Фармасулин НNР 22.00 – 22 ед. Гликемия –5,0-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. В 2004 панкреонекроз, состоит на «Д» учете у гастроэнтеролога в связи с хроническим панкреатитом, ГЭРБ 1-IIст. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.09.15 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр – 4,4 лейк – 9,7СОЭ –10 мм/час

э-4 % п- 0% с-66 % л-21 % м-9 %

17.09.15 лейк – 6,5

15.09.15 Биохимия: СКФ –83 мл./мин., хол – 4,2тригл -1,28 ХСЛПВП -1,38 ХСЛПНП -2,25 Катер -2,0 мочевина –6,5 креатинин –86 бил общ – 8,2 бил пр –2,0 тим – 1,9 АСТ – 0,28 АЛТ – 0,18 ммоль/л;

17.09.15 Амилаза 9,2 (0-98) ед

16.09.15 Глик. гемоглобин – 10,5%

15.09.15 Анализ крови на RW- отр

### 15.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

18.09.15 кал на я/г отр

17.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 250- эритр - белок – отр

17.09.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 18.09.15 Микроальбуминурия –169,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.09 | 4,9 | 8,5 | 5,2 | 5,6 |  |
| 17.09 |  | 93,2 | 6,1 | 8,2 |  |
| 19.09 2.00-7,6 | 14,6 | 16,9 | 5,9 | 15,1 |  |
| 23.09 | 9,7 | 12,5 | 5,7 | 11,7 |  |
| 25.09 2.00-3,3 |  |  |  |  |  |
| 26.09 | 9,8 | 16,5 | 6,5 | 3,1 |  |
| 28.09 2.00-9,3 | 13,8 | 13,4 |  |  | 4,7 |
| 29.09 2.0-5,4 | 14,8 | 19,7 |  | 6,9 | 3,1 |
| 30.09 2.00-11,0  6.00-8,2 | 8,3 | 8,0 |  |  |  |

14.09.15 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейном уровне с преимущественным поражением С5Д1. Стеноз позвоночного канала на уровне С1.

14.09.15Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,5

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

14.9.15ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

16.09.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце.

18.09.15 Колоноскопия: Хронический колит. Полип прямой кишки. Болезнь крона? НЯК?

15.09.15 На р-гр ОГК легкие без инфильтрации, корни фиброзно изменены, сердце без особенностей.

17.09.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.09.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

24.09.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; застоя в ж/пузыре, Диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника.

21.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,3 см3; лев. д. V = 5,7см3

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

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, эналаприл, индапрес, пангрол, нуклео ЦМФ, витаксон, берлитион.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. С больным проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии. АД 120/80 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-46-48 ед., п/о- 14-16ед., п/уж – 6-8ед., Фармасулин НNР 22.00 30-32 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии, склонность к гипогликемическим состояниям, повторная госпитализация в ОКЭД для перевода на аналоги инсулина.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, КТ сердца и сосудов по м/ж.
3. Эналаприл 5 мг 2р/д, индапрес 2,5 мг утром. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д) 1 мес.
5. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
6. Осмотра гастроэнтеролога после получения результатов биопсии полипов прямой кишки. Пангрол 20 тыс 1т 3р/д во время приема пищи.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.