#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1625

##### Ф.И.О: Поляков Николай Васильевич

Год рождения: 1943

Место жительства: г. Запорожье, ул Ленина 106 а- 23

Место работы: пенсионер, инв II гр.

Находился на лечении с 27.12.15 по 15.01.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Помутнение роговицы ОД. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, диффузный кардиосклероз, желудочковая экстрасистола СН 0-1 САГ1. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза вестибуло-атактический с-м. Эрозивный эзофагит. Хронический гастрит в стадии обострения. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, декомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, быструю утомляемость, тошнота, рвота, выраженная слабость, боли в эпигастрии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические и кетоацидотические состояния. Комы отрицает. Ранее принимал Фармасулин Н, Фармасулин НNР, учитывая стойкую декомпенсацию, неустойчивую гликемиюй переведен в 2007 на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Левемир п/з 8 ед, 22.00 – 10 ед. Гликемия при поступлении –11,3 ммоль/л, ацетон 3+++. НвАIс – 8,5 % от 2014. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение с начала заболевания. Повышение АД в течение 5 лет. АИТ, гипотиреоз выявлен в 2011. В настоящий момент принимает L-тироксин 50 мкг утром натощак. Госпитализирован ургентно в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.12.14 Общ. ан. крови Нв 126 г/л эритр – 4,0 лейк –14,1 СОЭ –12 мм/час

э- 1% п- 4% с-80 % л- 12% м- 3%

29.12.14 Общ. ан. крови Нв 128 г/л эритр – 4,4 лейк –10,2 СОЭ –17 мм/час

э- 1% п- 1% с-73 % л- 19% м- 4%

01.01.15 Общ. ан. крови Нв 120 г/л эритр – 3,7 лейк –6,5 СОЭ –13 мм/час

э- 5% п- 1% с-69 % л- 23% м- 2%

27.01.15 Биохимия: хол –5,27 мочевина –6,6 креатинин –196 бил общ –19,3 бил пр –4,3 тим – 0,98 АСТ – 0,6 АЛТ – 0,28 ммоль/л;

29.12.14 хол –6,47 тригл -1,52 ХСЛПВП -2,01 ХСЛПНП – 2,2 Катер -

09.01.15 Биохимия: СКФ –74,4 мл./мин., хол 6,2 тригл – 10,4ХСЛПВП -1,17 ХСЛПНП -4,6 Катер -4,3 мочевина –4,3 креатинин – 97,2 бил общ –14,2 бил пр – 3,4 тим – 1,16 АСТ – 0,42 АЛТ – 0,36 ммоль/л;

27.1.214 диастаза -92 (0-450)ед/л

28.12.14 К – 3,4 ммоль/л;

29.12.14 К – 3,5 ммоль/л;

30.12.14ТТГ – 5,9 (0,3-4,0) Мме/л

09.01.15ТТГ – 11,0 (0,3-4,0) Мме/л

27.12.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 107,4 %; фибр – 4,2г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6\*10-4

29.12.14 Проба Реберга: Д-4,2 л, d- 2,92мл/мин., S-1,96 кв.м, креатинин крови-125 мкмоль/л; креатинин мочи-8040 мкмоль/л; КФ-166,0 мл/мин; КР- 98,1%

### 27.01.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,030 ацетон –3+++; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

С 31.12.14 ацетон - отр

28.12.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - 250 белок – 0,026

30.01.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – отр

29.12.14 Суточная глюкозурия –0,9 %; Суточная протеинурия – 0,031

13.01.15 Хелик тест – отр.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.12 | 15,2 | 6,4 | 9,8 | 10,0 | 6,0 |
| 29.12 | 9,1 | 3,5 | 10,0 | 8,5 | 8,7 |
| 31.12 | 5,4 | 7,9 | 5,8 |  |  |
| 02.12 | 5,8 | 10,1 | 2,6 | 14,6 | 18,8 |
| 04.12 | 3,2 | 5,1 | 3,2 | 15,3 |  |
| 07.01 | 7,6 | 6,2 | 3,6 | 5,0 |  |
| 09.01 | 9,3 | 8,2 | 2,6 | 3,1 |  |
| 12.01 | 11,0 | 10,2 | 7,7 | 2,8 | 6,3 |
| 13.01 200-4,9 |  |  |  | 3,4 |  |
| 14.01 | 6,8 | 4,9 |  |  |  |

29.12.14Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

29.12.14Окулист: Осмотр в ОИТ. Помутнение роговицы ОД. Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Помутнение роговицы ОД. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.12.114ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

29.12.14 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, желудочковая экстрасистолия СН 0-1 САГ.

29.12.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.01.15 Гастроэнтеролог: Эрозивный эзофагит. Хронический гастрит в стадии обострения.

12.01.15 УЗИ ОБП+ МВС + предстательной железы: Заключение на руках у пациента.

12.01.15 Уролог: для уточнение диагноза рекомендовано МРТ предстательной железы.

31.12.14 Р-скопия ОГК: легкие без очаговых и инфильтративных теней.

30.12.14 ФГДЭС: Эрозивный эзофагит, Атрофический гастрит.

09.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,8 см3; лев. д. V =5,9 см3

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

Лечение: Де-нол, берлитион, L-тироксин, актовегин, даларгин, Левемир, Новорапид, метоклапромид, гепарин, альмагель, энтеросгель, рантак, ККБ, аспаркам, левофлоксацин, цефтриаксон, омник, мало облепихи, фуросемид, но-шпа, индапрес предуктал MR, аспекард, трисоль, ксилат, реосорбилакт, гелофузин, сода-буфер.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к, эпигастрии. АД 130/80 мм рт. ст. У пациента сохраняется неустойчивая гликемия в течении суток на фоне патологии со стороны ЖКТ. Поведена коррекция инсулинотерапии, гипогликемические состояния реже.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиолога, гастроэнтеролога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10 ед., п/о- 10ед., п/уж 10 ед., Левемир п/з 14 ед. 20.00 – 14 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг веч) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: тридуктан МВ 1т. \* 2р/д. 1 мес, при устойчивом повышении Д, индапрес 2,5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.
9. Рек. невропатолога: армадин лонг 500 мг 2т\сут 1,5 мес.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. L тирокисн 75 мкг утром натощак. Контр ТТГ ч/з 2,5-3 мес с послед коррекцией дозы тиреоидных гормонов.
11. Рек гастроэнтеролог: де-нол (вис-нол) по 2т 2р/д за 30 мин до еды фосфалюгель (альмагель) 1п 3р/д ч\з 30 -40 мин после еды 2 нед. Повторный осмотр после лечения
12. Рек. окулиста: окювайт коплит 1т.\*1р/д, тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ
13. Рек уролога: дообследование КТ предстательной железы, повторный осмотр после дообследования.
14. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.