#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 422

##### Ф.И.О: Иванцов Вячеслав Миронович

Год рождения: 1973

Место жительства: Запорожский р-н, с. Лежино ул. Октябрьская 38

Место работы: н/р, инв 1 гр

Находился на лечении с 29.03.16 по 13.04.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. Программный гемодиализ. Метаболическая кардиомиопатия СН I ф.кл. II. САГ II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Последствия перенесенного ишемического инсульта в области моста, в ВББ (2014) умеренны вестибуло-атактический с-м. Анемия хронического больного.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в грудной клетки, шаткость при ходьбе, анурия.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: 1985, 1986, 1987 – кетоацидотические. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/о- 7ед., п/у- 6ед., Протафан НМ 22.00 – 10 ед. Гликемия –28,0-16,0-4,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 15.01.16-22.01.16г. Боли в н/к в течение 10-15 лет. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5мг, амлодипин 5 мг. Протеинурия с 1998 года. С 12.2013 назначен программный гемодиализ. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг утром. С 25-29.03.16 стац лечение в нефрологическом отделении ЗОКБ . В 01.2016 лечение в пульмонологическом отделении ЗОКБ по поводу двухсторонней нижнедолевой пневмонии. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.03.16 Общ. ан. крови Нв –104 г/л эритр – 3,1 лейк –7,2 СОЭ – 5,5 мм/час

э- 1% п- 2% с- 72% л- 17 % м- 8%

30.03.16 Биохимия: СКФ –11,1 мл./мин., хол 7,5 тригл -3,82 ХСЛПВП -1,02 ХСЛПНП – 4,74Катер -6,3 мочевина –18,9 креатинин – 628 бил общ –10,7 бил пр –2,6 тим – 5,76 АСТ – 0,8 АЛТ –1,07 ммоль/л;

04.04.16 Мочевина – 11,8 Креатинин 345 СКФ – 21,3

01.04.16 К –5,08 ; Nа – 134 Са – 2,04 ммоль/л

08.04.16 К – 5,4 ; Nа – 138,9 ммоль/л

### 30.03.16 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –20-30 в п/зр белок – 0,321 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 29.03 |  |  | 14,3 | 9,1 |
| 02.04 | 3,6 | 7,7 | 9,1 | 6,0 |
| 05.04 | 24,4 | 19,1 | 9,0 | 6,1 |
| 08.04 | 6,9 | 6,3 | 9,2 | 7,2 |
| 11.04 |  |  | 11,8 |  |

29.03.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Последствия перенесенного ишемического инсульта в области моста, в ВББ (2014) умеренны вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

11.04.16 Окулист: осмотр в палате

Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Множественные лазеркоаугулянты. Микроаневризмы ретинальные микрогеморрагии. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

08.04.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

30.03.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I ф.кл. II. САГ II ст.

04.04.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, амлодипин, бисопролол, моксогамма, тардиферон, препараты кальция .

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 145/90мм рт. ст. Программный гемодиализ среда с 17.00, воскресенье с 8.00. не сданы анализы мочи ввиду нахождения больного на программном гемодиализе.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невролога, нефролога, пульмонолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка, соли, жидкости, продуктов богатых калием, фосфором в сут. рационе.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-9-11 ед., п/о- 5-7ед., п/уж -5-7 ед., Протафан НМ 22.00 9-11 ед.

После окончания процедуры гемодиализа больной нуждается в дополнительном введении Актрапид НМ 4-8 ед под контролем гликемии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии, показателей азотемии, электролитов крови 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек кардиолога: амлодипин 5-10 мг, предуктал MR 1т 2р\д, кардиомагнил 75 мг 1р\д.Контроль АД, ЭКГ, электролитов крови. Дообследование ЭХОКС по м\ж.
4. Рек. окулиста: трайкор 1т 1р/д,, оптикс форте 1т 1р\д
5. Тардиферон 1т 1р\д. Лечение эритропоэтинами постоянно под контролем общ ан. крови.
6. Контроль Са, Р, паратгормона 1р в 3 мес. прием препаратов кальция

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.