#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 807

##### Ф.И.О: Серый Игорь Александрович

Год рождения: 1982

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Семеновка ул. Первомайская 170-14

Место работы: н/р

Находился на лечении с 04.07.16 по 12.07.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, Астенический с-м, невротический с-м ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия СН I-II А. САГ II ст. Анемия неуточненного генеза.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния чаще в вечернее время, со слов больного практически ежедневно, купирует приемом пищи, в/в стр введение 40% глюкозы, сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки н/к,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемическая – 2010 ( со слов больного). С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 8ед., п/о- 8ед., п/у- 6ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 4 ед. Гликемия –1,5-14 ммоль/л в течении последнего года. Со слов больного, ухудшение состояния с 2014г после перенесенной операции по поводу язвенной болезни луковицы ДПК. Операция – ушивание перфоративной язвы пилоропластика по Джаду. В 2016 неоднократно вызов скорой медицинской помощи, со слов больного, мед. документация не предоставлена, в связи с гипогликемическими состояниями, которые требовали в\в струйного введения глюкозы. Последняя госпитализация в энддиспансер 12.2014, выписан за нарушение внутрибольничного режима. 25.01.16-08.02.16 – стац лечение в энд. отд Мелитопольской ЦРБ ( выписной эпикриз прилагается). 01.06.16-.08.06.16 – стац лечение в институте медико-социальных экспертиз г. Днепропетровск ( выписной эпикриз № 3465 прилагается). Боли в н/к в течение 2 лет. Повышение креатинина крови в течении года. Повышение АД в течение года. Гипотензивную терапию не получает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.07.16 Общ. ан. крови Нв – 75 г/л эритр – 2,4 лейк –3,8 СОЭ –4 мм/час

э- 0% п- 2% с- 46% л- 4% м- 8%

11.07.16 Общ. ан. крови Нв –69 г/л эритр – 2,3 лейк –6,4 СОЭ – 5мм/час

э- 1% п- 1% с- 76% л- 21% м- 1%

05.07.16 Биохимия: СКФ –52,0 мл./мин., хол –3,5 тригл – 1,2ХСЛПВП – 1,43ХСЛПНП – 1,52Катер – 1,45мочевина –3,2 креатинин – 135,3 бил общ –10,0 бил пр –2,0 тим –1,6 АСТ – 0,63 АЛТ –0,76 ммоль/л; общ белок 45

11.0716 Мочевина – 4,4 Креатинин – 150. Общ белок – 37,3

05.07.16 Глик гемоглобин – 7,4%

07.07.16 К – 5,1 ; Nа – 140 ммоль/л

### 05.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

11.07.16 Суточная глюкозурия – 0,29%; Суточная протеинурия – отр

##### 08.07.16 Микроальбуминурия –50,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.07 2.00-3,1 | 3,7 | 4,4 | 2,4 | 2,4 |  |
| 07.07 | 7,6 | 13,0 | 9,1 | 4,7 | 6,7 |
| 08.07 | 5,9 | 10,0 | 5,0 | 3,0 |  |
| 10.07 2.00-5,8 | 6,1 | 13,1 | 3,0 | 8,8 |  |
| 11.07 |  | 8,6 | 6,5 |  |  |

07.07.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, Астенический с-м, невротический с-м

04.07.16Окулист: VIS OD= 0,5 OS=0,3 ;

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.07.16 Гастроэнтеролог: СПО ушивание перфоративной язвы ДПК, пилоропластика по Джаду. Анемия неуточнненого генеза? Онкопролиферативное заболевание крови? Пострезекционная анемия?

08.07.16ЭКГ: ЧСС – 92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена . Гипертрофия левого желудочка.

11.07.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I-II А. САГ II ст.

07.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.07.16Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия.

06.2016УЗИ щит. железы (выписной эпикриз из института медико-социальных экспертиз г. Днепропетровск): Закл.: структурных изменений не выявлено.

06.2016УЗИ ОБП, почек (выписной эпикриз из института медико-социальных экспертиз г. Днепропетровск). Закл: Эхопризнаки стеатогепатоза, хронического холецистита, хронического панкреатита, эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме обеих почек.

Лечение: Левемир, Новорапид, пирацетам, глюкоза 40%, фуросемид, предуктал MR, ивабрадин, тардиферон, экстраакт валерианы, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 90 уд/мин. Пациент в диагностическом плане остается неясен, отмечается гипопротеинемия, анемия, что требует дообследования (ФГДС, Р-скопия ЖКТ, КТ ОБП и ОГК), конс. гематолога, хирурга. Учитывая состояние пациента, необходимо продолжить дообследование и лечение в условиях стационара, но пациент от дальнейшего лечения, дообследования категорически отказывается. Пациенту разъяснены возможные риски связанные с данным состоянием, категорически настаивает на выписке из ОКЭД 12.07.16. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Левемир, Новорапид.

Рекомендовано:

1. Продолжить стац лечение в условиях терап. отд. по м/ж.
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гематолога, нефролога, гастроэнтеролога по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 2ед. Левемир п/з 4 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами. (по согласованию с гастроэнтерологом)
7. Рек. кардиолога: эналаприл 2,5 мг 1р\д, коррекция отечного с-ма в зависимости от этиологической причины, предуктал MR 1т 2р/д, ивабрадин 5 мг 2р/д. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг /сут 1 мес. актовегин 10,0 в/в стр № 10. Мильгамма 2,0 в/м № 10.
10. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
11. Рек. нефролога: адекватная противогипертензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ. прием препаратов железа и применение эритропоэтинов.
12. Рек гастроэнтеролога: ФГДС, р-скопия ЖКТ, КТ ОБП и ОГК с контрастированием, контроль ОАК, протеинограмма, коогулограммы, конс. гематолога, хирурга. Лечение: де-нол (вис-нол) 2т 2р/д 14 дней, креазим 1000 1т 3р/д с едой 14 дней, заместительная симптоматическая терапия белковыми препаратами, с учетом желания пациент выписаться из отделения, не желания обследоваться в настоящее время рекомендовано продолжить обследование и лечение в терапевтическом отделении по м\ж.
13. Конс. гематолога, хирурга, по м\ж ( в энддиспансере отказался)
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 Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А

Нач. мед. Костина Т.К.