#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1110

##### Ф.И.О: Гнатенко Константин Викторович

Год рождения: 1974

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудное ул. Комсомольская 15/82

Место работы: ЧАО ЗЖРК шахта эксплуатационная РМУ, заточник, инв Шгр

Находился на лечении с 07.08.17 по 23.08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. NSS 2, NDS 5. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Диабетическая энцефалопатия 1, церебростенический с-м. Осложненная заднекапсулярная катаракта ОИ. Подкожный панариций 1 п левой стопы в ст разрешения. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. С-м раздраженного кишечника со склонностью к поносу. Дисбиоз кишечника. Железодефицитная анемия. МКБ. Конкременты обеих почек. Пиелонефрит.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, жидкий стул после еды, гипогликемические состояния в разное время суток, периодически ночью.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические 2008, 2009, 2014, 2015. Постоянно инсулинотерапия. Ранее вводил Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2009 переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNP. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-6-8 ед., п/о- 6-8ед., п/у- 6-8ед., Фармасулин НNP 22.00 – 28-30 ед, Гликемия –3-11,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. В анамнезе хр. панкреатит с нарушением ферментативной функции. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 08.08 | 110 | 3,3 | 6,3 | 32 | 1 | 1 | 65 | 30 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.08 | 68 | 3,02 | 1,18 | 0,93 | 1,54 | 2,2 | 2,8 | 93,5 | 10,0 | 2,1 | 1,4 | 0,36 | 0,53 |

03.08.17 Глик. гемоглобин -14,1 %

08.08.17 Анализ крови на RW- отр

15.08.17 Общий белок 66

15.08.17 Сывороточное железо – 15,1

08.08.17 К –4,44 ; Nа – 146 Са - Са++ - 1,2С1 - 107 ммоль/л

### 08.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 5-6 в п/зр белок – 0,115 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

14.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -22000 эритр -7500 белок – 0,16

23.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -77000 эритр -137500 белок – 0,064

14.08.17 Суточная глюкозурия –1,5 %; Суточная протеинурия – 0,195

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.08 | 3,6 | 7,4 | 13,5 | 15,0 |  |
| 10.08 | 5,0 | 4,8 | 6,2 | 3,3 |  |
| 15.08 | 6,8 | 8,2 | 5,6 | 12,0 | 20,7 |
| 16.08 | 2,6 | 12,8 | 14,7 | 11,8 |  |
| 18.08 2.00-17,5 | 4,2 | 8,3 | 5,8 | 4,0 |  |
| 19.09 | 1,7 | 10,8 | 3,7 | 3,8 | 11,4 |
| 20.08 | 5,6 | 9,8 | 5,6 | 16,5 |  |
| 22.08 | 6,3 | 4,8 | 5,3 | 8,8 |  |

15.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. NSS 2, NDS 5. Диабетическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Рек: нуклео ЦМФ 1,0 в/м № 10, вазопро 5,0 в/в № 10, актовегин 10,0 в/в кап.

07.08.17Окулист: VIS OD=0,7 OS= 0,7 ; В хрусталике помутнение даней капсулы. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 артерии сужены, вены широкие, полнокровны, микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ Осложненная заднекапсулярная катаракта ОИ. рек В ОИ офтан катахром 1к 3р/д.

07.08.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

10.8.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д 1 мес,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

15.08.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.08.17Хирург: Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст. Подкожный панариций 1 п. левой стопы в ст разрешения.

21.08.17 Нефролог: ХБП II ст.: МКБ конкременты обеих почек, пиелонефрит. Рек Диета с огр. соли, повторить ан мочи после тщательной сан.гиг. подготовки для решения вопроса о необходимости проведения антибактериальной терапии. Осмотр уролога ЗОКБ.

21.08.17Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. СРК со склонность к поносу. Дисбиоз кишечника. Рек: стол № 4-9, режим питания, креон 10тыс 1к 3р/д во время еды 1 мес, зафакол 1т 2р/д 1 мес, буларди 1 саше 1р/д 7 дней .

11.08.17Допплерография: ЛПИ справа – 1,1, ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

18.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

23.08.17 Уролог: МКБ. Конкременты обеих почек.

07.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,1 см3; лев. д. V = 5,9 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, торадив, глюкоза 40%, флуконазол, левофлоксацин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно больной переведен на Инсуман Рапид, Инсуман Базал.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-5 ед., п/о-5 ед., п/уж -5 ед., Инсуман Базал 22.00 18 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Тардиферон 1т в день в течение 3 мес, контроль ОАК.
10. Рек нефролога. Конс. уролога по поводу МКБ.
11. Продлить лечение лефолоксацин 500 мг 1р/д до 2 нед. флуконазол 50 мг. Контроль в динамике ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко.
12. Рек: Нокамен 2т 2р/д, блемарен по схеме 1 мес, бак посев мочи, Контроль ан. мочи через 1 нед. Контроль УЗИ через 1 мес. Обильное питье 2,5-3 л. Консультация уролога с результатами бакпосева мочи.
13. Б/л серия. АГВ № 235997 с 07.08.17 по 23.08.17. к труду 24.08.17

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В