#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 745

##### Ф.И.О: Петров Владимир Леонидович

Год рождения: 1970

Место жительства: Акимовский р-н, с. Владимировка ул. Ватутина 69а

Место работы: ТОВ « Звезда Александрии» охранник, инв Ш гр

Находился на лечении с 18.05.17 по 07.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая надпочечниковая недостаточность, ср. тяжести впервые выявленная. Дисметаболическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Язвенная болезнь активная фаза, хр. язва луковицы ДПК, ассоциированный с H-pylory с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Рубцова-язвенная деформация луковицы ДПК.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 15 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение частые гипогликемические состояния, утренняя тошнота рвота, выраженная слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Однако в течение последних 2 лет дозы инсулина резко снизились. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-2 ед., п/о2- ед., п/у- 2ед., Инсуман Базал 22.00 – 6 ед. Гликемия –2,9-29,2 ммоль/л. НвАIс - 10 % от 04.2017 . Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 5лет. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг утром. 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 |
| 19.05 | 124 | 3,7 | 4,1 | 19 | 1 | 0 | 65 | 31 | 3 |
| 22.05 | 119 | 3,6 | 5,7 | 10 | 1 | 1 | 66 | 27 | 5 |
| 25.05 | 111 | 3,4 | 5,1 | 20 | 2 | 0 | 55 | 34 | 9 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.05 |  | 3,5 | 1,42 | 0,56 | 2,28 | 5,2 | 5,2 | 116,6 | 11,0 | 2,8 | 0,99 | 0,27 | 0,54 |
| 25.05 | 58 |  |  |  |  |  | 8,0 | 128,7 |  |  |  |  |  |
| 26.05 |  | 3,6 |  |  |  |  | 4,3 | 111,1 | 12,8 | 3,2 | 0,8 | 0,24 | 0,32 |
| 29.05 |  |  |  |  |  |  | 10,1 | 129 |  |  |  |  |  |

29.05.17тромб - 140.

01.06.17 тромб -180

06.06.17 тромб - 200

26.05.17 Св.Т4 - 15,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –10,0 (0-30) МЕ/мл

19.05.17 Гемогл –129 ; гематокр – 0,38 ; общ. белок –56,1 г/л; К – 3,97 ; Nа –132 ммоль/л

25.05.17 Гемогл –112 ; гематокр – 3,4 ; общ. белок –54,0 г/л; К – 3,95 ; Nа –134 ммоль/л

30.05.17 К – 3,7

02.06.17 К – 4,25

25.05.17 АКТГ – 837 (7,2-63,3) кортизол – 0,88 (6,2-19,4)

22.05.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 9 мин.; ПТИ – 91,5 %; фибр – 3,7г/л; фибр Б – отр; АКТ – 88%; св. гепарин – 8

25.05.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 9 мин.; ПТИ – 88,3 %; фибр – 4,0г/л; фибр Б – отр; АКТ – 85%; св. гепарин – 10

21.05.17 Проба Реберга: креатинин крови-100 мкмоль/л; креатинин мочи-48,72 мкмоль/л; КФ- 56,6мл/мин; КР- 97,8%

### 19.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк – 0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

22.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

24.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

24.05.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.05 |  | 9,9 | 10,7 | 5,7 |  |
| 20.05 | 4,1 | 9,2 | 11,1 | 5,6 | 6,0 |
| 23.05 | 10,4 | 5,8 | 6,0 | 8,0 |  |
| 26.05 2.00-17,4 | 71,4 | 14,0 | 6,2 | 12,7 | 8,2 |
| 28.05 | 15,7 | 19,5 | 18,8 | 10,1 | 12,9 |
| 30.05 2.00-16,5 | 7,8 | 10,6 | 11,8 | 13,4 |  |
| 01.06 | 12,5 | 10,0 | 7,9 | 16,2 | 18,9 |
| 03.06 | 11,0 | 18,3 | 10,3 | 6,1 | 7,8 |
| 05.06 | 5,1 | 9,1 | 8,3 | 7,9 |  |

18.05.17 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение.

02.06.17Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. вены сужен, умеренные ангиосклероз, Салюс 1. По ходу сосудов микроаневризмы. Микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.05.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

26.05.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый, тахикардия . Эл. ось не отклонена.

29.05.17 р-скопия ЖКТ: язва ЛДПК хр. гастродуоденит. Хр. панкреатит.

29.05.17 досмотр пассажа бария: вся Ва масса в дистальных отделах подвздошной к-ки слепой и восходящей.

24.05.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II ст в анамнезе. Повторный осмотр после полного клинического обследования.

06.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.05.17 Онкоуролог ЗООД: гиперплазия левого надпочечника, онкоуропатологии нет.

22.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1. язвенная болезнь, хр. язва ДПК

31.05.17 зав. гастроэнтеролог, отд: Язвенная болезнь активная фаза, хр. язва луковицы ДПК, ассоциированный с H-pylory с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Рубцова-язвенная деформация луковицы ДПК.

07.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено правой 1 ст, левой II ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

25.05.17 КТ ОБП: КТ признаки абдоминальной и забрюшинной лимфоденопатии, нодулярной гиперплазии левого надпочечника, простой кисты левой почки.

24.05.17 ФГДЭС: атрофическая гастропатия эрозивный бульбит рубцовая деформация луковицы ДПК.

23.05.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: план обследования согласован.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, омепразол, платинол, де-нол, фосфалюгель, биогая, панкреатин, глюкоза 40%, омез, аспаркам, метаклопромид дексаметазон, солкосерил, мотилиум, этамзилат, медрол, флемоксин, проксиум

Состояние больного при выписке: СД, надпочечниковая недостаточность субкомпенсированы, отмечает улучшение состояния, слабость уменьшилась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст., однако нуждается в плановом дообследовании в условиях ЗООД по поводу абдоминальной и забрюшинной лимфоденопатии – плановое обследование на 13.30 09.06.17 (направление на руках).

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, гастроэнтеролога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-10-12 ед., п/о-12-14 ед., п/уж – 12-14ед., Инсуман Базал 22.00 26-28 ед.
4. Медрол 7.00 – 16 мг, 11.00 – 16 мг ( после еды) – постоянная заместительная терапия под контролем электролитов крови ( К, Na).
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Осмотр кардиолога по м\ж (после полного клинического обследования)
9. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга в плановом порядке.
10. Рек. гастроэнтеролога: стол №5-9, проксиум 40 мг 1т утром 10 дней, био-гая 1т 1р/д под язык 20 дней, азиклор 500 мг 1т 2р\д во время еды 10 дней, флемоксин 1000 мг 1т 2р\д 10 дней.
11. Ан. крови на ВИЧ по м\ж.
12. Эналаприл 2,5 мг под контролем АД.
13. Б/л серия. АГВ № 235865 с 18.05.17 по 07.06.17. к труду 08.06.17

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В