#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1187

##### Ф.И.О: Песоцкий Алексей Александрович

Год рождения: 1987

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Балабино ул. Пролетарская 1

Место работы: н/р,

Находился на лечении с 28.08.17 по 11.09.17 в энд. 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, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние. САГ Ш ст. СВД, цефалгический с-м. Хр. панкреатит с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы в ст нестойкой ремиссии. СПО: продольная тотальная панкреатовирсунгодуоденостомия.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, учащённое сердцебиение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния связанные с физ нагрузкой. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия.: Фармасулин Н перед каждым приемом пищи по 6 ед. 22.00 Фармасулин НNP 2-4 ед, однако со слов пациента Фармасулин НNP не вводит т.к. отмечает гипогликемические состояния. Диффузный зоб выявлен в 2015 АТТПО - 20,0 (0-30) ТТГ-1,3 ( 0,3-4,0) МЕ/мл Гликемия –8-15 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 05.2017г. Поступил по скорой помощи глюкоза крови 17,6 ммоль, ацетон – отр. 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 |
| 29.08 | 155 | 4,7 | 6,8 | 9 | 1 | 1 | 66 | 29 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 29.08 | 107 | 4,1 | 1,67 | 1,74 | 1,61 | 1,36 | 4,1 | 83 | 10,8 | 2,7 | 2,81 | 0,41 | 0,66 |

29.08.17 Глик. гемоглобин -11,4 %

29.08.17 Анализ крови на RW- отр

01.09.17ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

29.08.17 К – 4,9 ; Nа – 144,3 Са++ - 1,1С1 -104, ммоль/л

04.08.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 100%; фибр –3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

### 29.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк –2-3-4 в п/зр белок – 0,030 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

31.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр -1000 белок – отр

06.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 15000 эритр -3500 белок – отр

11.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр -белок – отр

30.08.17 Суточная глюкозурия – 5,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 31.08.17 Микроальбуминурия –58,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.08 | 17,5 |  |  | 13,3 | 13,6 |
| 29.08 | 14,8 | 20,2 | 17,8 | 14,3 | 15,3 |
| 30.08 2.00-8,0 | 12,9 |  |  |  | 7,1 |
| 31.08 2.00-4,5 | 11,8 | 9,5 | 12,0 | 11,7 | 13,6 |
| 02.09 | 13,2 | 12,3 | 11,6 | 8,6 |  |
| 03.09 | 14,2 | 13,5 | 14,3 | 14,7 | 11,7 |
| 05.09 | 11,6 | 6,1 | 11,3 | 11,8 |  |
| 06.09 2.00-4,0 | 8,9 | 7,2 | 10,1 | 8,4 | 7,0 |
| 07.09 2.00-5,7 | 13,3 |  |  |  |  |
| 09.09 | 7,8 | 9,1 | 4,1 | 7,9 |  |

05.09.1Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), СВД, цефалгический с-м.

06.06.17Окулист: Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Артерии сужены, вены неравномерно расширены. В макулярной области без особенностей

28.08.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

05.09.17Кардиолог: САГ ст. Рек: небивалол 1,25 м 1р/д. Контроль АД.

29.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.08.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. Хрончиеский фиброзно-дегенеративный панкреатит с нарушением эндокринной, секреторной функции, нестойкая ремиссия. СПО (2017) Тотальная продольная панкреатовирсунгодуоденостомия, изолированный вариант. Рек креон 25 ты 3р/д во время еды постоянно. КТ ОБП в плановом порядке.

08.08.7Нефролог: Поторить ан. мочи п онечипоренко, после тщательно сан. гиг подготовки.

30.08.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу. хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника, множественных конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

26.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,9 см3; лев. д. V =8,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

01.09.17 Совместный осмотр Леч. врач Костина Т.К. Зав. отд. Еременко Н.В. Нач. мед. Карпенко И.В. за период лечения в стационаре неоднократно проводилась коррекция инсулина Фармасулин Н, Фармасулин НNP, однако добиться стабильности глик профилей не удалось. 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

Лечение: небивалол, диклофенак, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, эналаприл, креон, корвитол, Фармасулин НNP, Фармасулин Н

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/80 мм рт. ст.

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-14 ед., п/о- 14ед., п/уж - 14ед., Инсуман Базал 22.00 12 ед.
4. Рек кардиолога : небивалол 1,25 м 1р/д. Контроль АД.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. 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.
7. Рек невропатолога:: катадалон 100 мг2-3р/д 5 дней, бифрен 1т3/д, актовегин 10,0 в/в № 10, келтикан 1т 3р/д 1мес. МРТ головного мозга.
8. Рек хирурга: Креон 25 тыс 3р/д во время еды, лоперамид 2т 1р/д при необходимости. КТ ОБП в плановом порядке. Наблюдение гастроэнтеролога, сосудистого хирурга.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодомарин 200 мкг/сут.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В