#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 35

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

Год рождения: 1990

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Шевченко 80/8

Место работы: ЗОШ № 5 учитель математики и информатики, инв Ш гр

Находился на лечении с 10.01.17 по 24.01.17 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. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст ДЖП по гипомоторному типу. НФП 0 ст. ГЭРБ ст В. недостаточность кардии. Эрозивный рефлюкс эзофагит. Гастродуоденит ст. обострения. H-pylory – отр. НЦД по гипертоническому типу, Дополнительная хорда ЛЖ.СН0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, боли в левом плечевом с-ве и левом коленном суставе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин Р 20 п/з- ед., п/о- 18-20ед., п/у-18-20 ед., Генсулин Н п/з 32 ед. 22.00 -28 ед. Гликемия –9,6-13,4 ммоль/л. НвАIс - 7,2 % от 12.2016. Последнее стац. лечение в 2014г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.01.17 Общ. ан. крови Нв –163 г/л эритр – 5,0 лейк – 5,3 СОЭ –2 мм/час

э-1 % п- 0% с-62 % л- 32% м- 5%

11.01.17 Биохимия: СКФ –130,9 мл./мин., хол –4,6 тригл – 1,64ХСЛПВП -1,31 ХСЛПНП -2,54 Катер -2,5 мочевина –6,3креатинин –87,8 бил общ –9,5 бил пр –2,4 тим – 2,8 АСТ – 0,38 АЛТ –0,36 ммоль/л;

### 11.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

13.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

13.01.17 кал на я/г – отр

12.01.17 Суточная глюкозурия – 1,68 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.01.17 Микроальбуминурия – 259,9мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.01 | 9,6 |  | 6,9 | 13,9 | 10,5 |
| 15.01 | 11,2 | 4,0 | 4,0 | 6,6 | 7,9 |
| 18.01 | 9,9 |  |  |  |  |
| 19.01 | 10,8 |  |  |  |  |
| 22.01 | 16,7 | 11,0 | 10,0 | 5,7 | 6,0 |
| 23.01 | 14,4 | 11,5 | 8,2 | 10,8 | 13,8 |
| 24.01 2.00-6,9 | 6,9 |  |  |  |  |

11.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

16.01.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 обычного калибра . ход сосудов не изменен. В макулярной области без особенностей. Д-з: пр. здоров.

11.01.17ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

15.01.17Кардиолог: НЦД по гипертоническому типу, Дополнительная хорда ЛЖ.СН0.

21.01.17ЭХО КС: КДР- 5,3см; КДО- 135мл; КСР- 3,3см; КСО-4,5 мл; УО- 90мл; МОК-8,2 л/мин.; ФВ-67 %; просвет корня аорты -1,8 см; ПЛП -4,1 см; МЖП –0,8 см; ЗСЛЖ –0,9 см; По ЭХО КС: Минимальная регургитация на трикуспидальном клапане. Дополнительная хорда ЛЖ в/3 МЖП. Соотношение размеров сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

17.01.17Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст ДЖП по гипомоторному типу. НФП 0 ст. ГЭРБ ст В. Недостаточность кардии. Эрозивный рефлюкс эзофагит. Гастродуоденит ст. обострения. H-pylory – отр

12.01.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

16.01.17 ФГДЭС: Недостаточность кардии. Эрозивный рефлюкс эзофагит. Эритематозная гастродуоденопатия.

12.01.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника.

11.01.17Хирург: Посттравматическая контрактура левого плечевого с-ва.

10.01.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V =5,3 см3

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

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, тиогамма, мильгамма, тивортин, супрастин, индапрес, гепадиф, урсохол, гастронорм, фосфалюгель, 11.01.17 на фоне введения мильгаммы 2,0 в/м развилась неблагоприятное явление – обморок, головокружение, выраженная слабость, потливость, в связи с чем препарат был отменен.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, ухудшение показателей гликемии совпало с началом терапии, назначенной гастроэнтерологом, явлениями крапивницы на фоне терапии, уменьшились боли в н/к. Стабилизировалось АД 130/80 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: Генсулин Р п/з-25-27 ед., п/о-22-24 ед., п/уж -24-26 ед., Генсулин Н22.00 38-40 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: арифон ретард1т 1р\д, фитосед 1т 3р\д . Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., тивортин 1л 2р\д 1 мес.
9. Рек гастроэнтеролога: стол № 5-9 гепадиф 2т 2р\д после еды 3 мес урсосан 250 мг 2к на ночь 3 мес, гастронорм 2т 2р\д за 30 мин до еды 2 нед. фосфалюгель 1п 3р\д через 30-40 минут после еды 7-10 дней.
10. Рек. невропатолога: Дуплекс МАГ в плановом порядке.
11. Б/л серия. АГВ № 235591 с 10.01.17 по 24.01.17. к труду 25.01.17

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В