#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1147

##### Ф.И.О: Павловский Сергей Юрьевич

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье ул. Лахтинская 5-68

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 03.09.18 по  13.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия OS, незрелая катаракта ОД. СПО (1997): ампутационная культя правой н/к. Послеоперационный гипотиреоз (гемитиреоидэктомия слева – 1997) в стадии субкомпенсации. ИБС: стенокардия напряжения ФК II, п/инфарктный (без даты) кардиосклероз. Хроническая аневризма МЖП, систолическая дисфункция ЛЖ (ФВ 38%) СН II А. ФК II. Гипертоническая болезнь III стадии 1 степени. Риск 4. Язвенная болезнь неактивная фаза. Хронический гастродуоденит ( H-pylori – отр) в стадии не стойкой ремиссии. Известковый бурсит пр. плечевого сустава.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, гипогликемические состояния в различное время суток, преимущественно в ночное время, периодически учащенный ночной диурез, жжение в подошвенной части левой стопы, покалывание, онемение, судороги и снижение чувствительности в левой н/к, фантомные боли в пр н/к, повышение АД до 150/80, головные боли, головокружение, при перемене положения тела в пространстве, периодически пекущие боли в области сердца, перебои в работе сердца, одышка при физ. нагрузке, дискомфорт в эпигастрии, периодически изжога, отрыжка тухлым, периодически запоры, боли в правом плечевом суставе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. выявлен после проведения эмболизации сосудов щит. железы в киевском НИИ по поводу ДТЗ. Эмболизация осложнилась острым тромбозом правой н/к, в связи с чем была произведена ампутация в/3 пр бедра, на фоне стресса в послеоперационной периоде выявлена гипергликемия, ацетон в моче. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2015 принимает Ринсурин Р , Ринсулин НПХ. Течение лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время вводит: Ринсулин Р п/з- 10-12ед., п/о- 8-10ед., п/у-10-12 ед., Ринсулин НПХ 9.00- 14-16 ед. 22.00 – 16 ед. Гликемия –4,7-22,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка с 2017, получал анти H-pylori терапию. По данным ЭКГ с 2017г- постинфарктный кардиосклероз. В анмнезе ДТЗ, 1997- гемитиреоидэктомия слева. Периодически в осенне-зимний период принимает L-тироксин.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 04.09 | 140 | 4,2 | 7,8 | 37 | |  | | 1 | 1 | 70 | 27 | | 1 | | |
| 12.09 |  |  |  | 28 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.09 | 70,8 | 6,6 | 1,73 | 1,56 | 4,2 | | 3,2 | 6,5 | 101 | 11,2 | 2,7 | 2,3 | | 0,14 | 0,23 |

05.09.18 Глик. гемоглобин -9,3 %

04.09.18 Анализ крови на RW- отр

07.09.18 ТТГ - 4,7 (0,3-4,0 ) Мме/л;

04.09.18 К – 4,7 ; Nа – 138,9 Са++ -1,1 С1 - 100 ммоль/л

05.09.18 Проба Реберга: креатинин крови-106 мкмоль/л; креатинин мочи- 9075 мкмоль/л; КФ- 61,5мл/мин; КР- 98,8 %

### 04.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,305 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр цил зернст. – 0-01 в п/зр слизь +, мочевая кислота, бактерии +

06.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,117 г/л

05.09.18 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – 0,248 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.09 |  |  |  | 11,2 |  |
| 04.09 | 10,9 | 9,8 | 10,9 | 6,5 | 7,7 |
| 05.09 2.00-7,4 | 6,8 |  |  |  |  |
| 06.09 | 14,9 | 12,1 | 5,3 | 6,8 | 3,1 |
| 08.09 6.00-4,7 | 6,1 | 6,3 | 8,5 | 8,9 | 4,3 |
| 10.09 | 7,1 | 10,3 | 10,9 | 11,3 | 4,8 |
| 11.09 6.00-9,4 |  |  |  |  |  |
| 12.09 6.00-11,1 |  |  |  | 10,6 | 8,4 |
| 13.09 6.00-6,8 |  |  |  |  |  |

11.09.18 Окулист: ОД – в хрусталике негомогенное помутнение. OS . Артифакия на гл дне сосуды сужены, извиты, склерозированы, микроаневризмы, точечные геморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия OS, незрелая катаракта ОД .

ЭКГ: ЧСС – 67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый Эл. ось отклонена влево. Рубец перегородочной области. Аневризма в области рубца. Гипертрофия левого желудочка.

04.09.18 Кардиолог: ИБС: п/инфарктный (без даты) кардиосклероз. СН II А. ф .кл II

Рек. кардиолога: Дообследование: ЭХО КС , NtproВNP, динамика АД. предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д нолипрел 1мг 1рд

12.09.18 ЭХОКС: Уплотнение аорты, АК и МК. Увеличение полости ЛЖ. Рубец 4 см с/3 и в/3 МЖП. С аневризмой, гипокинезия всех отделело сердца. Систолическая дисфункция ЛЖ. Дополнительных токов кров области перегородок не регистрируется. Митральная регргитация 1-2 ст. ФВ – 38%

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

07.09.18 ФГДЭС ( в желудке пища – принимал в 19.00): Рефлюкс эзофагит, стеноз выходного отдела желудка. Повторный осмотр.

13.0918 Осмотр доц. каф. внутр.болезней-1 ЗГМУ Соловьюка А.О : диагноз и лечение согласованы

10.09.18 ФГДЭС: атрофическая гастропатия. Уреазный тест H-pylori -отр

11.09.18 ФГОГК: № 114587 легкие и сердце в норме.

11.09.18 На р-гр правого плечевого с-ва определяются известковые наслоения в области б/бугорка, характерно для известкового бурсита. НА р-гр ШОП субхондрлаьный склероз, снижение высоты межпозвонковых дисков на уровне С4,5,6

03.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,9 см3; лев. д. V = 3,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культя левой доли. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Ринсулин Р, Ринсулин НПХ, лизиноприлд, актовегин, нейрорубин, золопент, нуклео ЦМФ, диалипон, пирацетам, тивомакс, торадив, L-тироксин,

Состояние больного при выписке: На фоне проведенной коррекции доз инсулина гликемия в пределах субкомпенсированных значений, гипогликемические состояния отмечаются реже, уменьшились диспептические явления, несколько уменьшились боли и онемение в левой стопе в н/к, соханяются боли в правом плечевом суставе, одышка при физ.нагрузке.. АД 110-140/80 мм.рт.ст мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Ринсулин Р п/з 12-14 п/о- 8-10ед., п/уж -8-10 ед.,
5. Ринсулин НПХ в 9.00- 14-16ед в 22.00-12-14ед
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3-6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: лизиноприл 5-10 мг 1 т утром, эплеренон 25 ( спиронолактон 25 мг ), предуктал MR 1 т 2р/д, небивалол 1,25-2,5 мг (под контролем АД, ЧСС), аспирин-кардио 100 1т на ночь при отсутствии диспептических явлений.
9. Альфа-липон 600 мг 1 т утром, нуклео ЦМФ 1 т 3р/д- 1 мес, прегабалин 75 мг 1т 1-2 раза в день, актовегин 200 мг 1 т 2р/д-1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 12,5 мкг утром натощак до приема пищи и медикаментов, Контр ТТГ через 6-8 недель (целевой уровень-3,0-4,0 Мме/л)
11. Конс.невролога в плановом порядке по м/ж.
12. Конс.травматолога с результатами РГ правого плечевого сустава.
13. Дообследование и лечение у гастроэнтеролога по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.