#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 830

##### Ф.И.О: Вовк Игорь Александрович

Год рождения: 1968

Место жительства: Куйбышевский р-н, с. Новоукраинка, ул Панченко 84

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 14.06.18 . по  03.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим, кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Хронический панкреатит с внешне и внутрисекреторной недостаточностью. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Стеатогепатоз. Язвенная болезнь неактивная фаза. H-pylori – положит. Хронический атрофический гастрит с сохраненной кислотообразующей функцией желудка. Рубцовая деформация луковицы ДПК. Варикозное расширение вен пищевода 1 ст. ДЭП 1 ст смешанного генеза, церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на общую слабость, утомляемость, давящие, сжимающие боли в области сердца при физ нагрузке, гипогликемические состояния без предвестников в разное время суток, сухость во рту, жажду, снижение веса на 6 кг за месяц, повышение АД до 160/90.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия.. Перенес кетоацидотическую кому в 2015г. В наст. время принимает: Актрапид НМ п /з-24 ед., п/о- 8-10ед., п/у- 18ед., Протафан НМ 22.00 22-23 ед. Ухудшение состояния в течение месяца получал стац лечение по м/ж, со слов больного без эффекта. Гликемия – 2-20ммоль/л. Направлен в ОКЭД для коррекции инсулинотерапии, купирования явлений кетоацидоза. ацетон мочи 4+ от 13.06.18. Повышение Ад в течение 3х лет, принимает хипотел 40 мг 1р/д, семлопин 2,5 мг веч..

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 14.06 | 162 | 4,8 | 5,0 | 2 | |  | | 1 | 2 | 58 | 36 | | 3 | | |
| 22.06 | 149 | 4,5 | 11,5 | 6 | |  | | 1 | 1 | 76 | 16 | | 6 | | |
| 25.06 | 155 | 4,6 | 10,3 | 4 | | 210 | | 3 | 0 | 58 | 34 | | 5 | | |
| 26.06 | 162 | 4,9 | 7,8 | 10 | |  | | 1 | 1 | 69 | 27 | | 2 | | |
| 01.07 | 161 | 4,9 | 11,6 | 10 | |  | | 2 | 4 | 63 | 24 | | 7 | | |
| 03.07 |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.06 |  |  |  |  |  | |  | 2,9 | 114 | 13,2 | 3,3 | 2,55 | | 0,64 | 0,59 |
| 15.06 |  | 4,44 | 1,14 | 1,26 | 2,65 | | 2,5 |  |  |  |  | 3,2 | | 0,66 | 0,27 |
| 28.06 | 74,7 |  |  |  |  | |  |  | 103 |  |  |  | |  |  |
| 01.07 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 20,3 | 6,5 |  | | 0,49 | 0,59 |

15.06.18 Глик. гемоглобин – 9,6%

14.06.18 Анализ крови на RW- отр

26.06.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV total - не выявлен

26.06.18 H-pylori - положит. IgE общ- 66,3 ( 0-135)

14.06.18 амилаза 51,4

14.06.18 Гемогл – 162 ; гематокр –0,50 ; общ. белок – 73 г/л; К – 4,66 ; Nа – 137,7 ммоль/л

16.06.18 К – 4,49 Na – 138

25.06.18 К – 4,02 Na 134,6

03.07.18 К – 4,0 Na - 139

14.06.18 АЧТЧ – 25,0 МНО 0,94 ПТИ 106 фибр 2,0

19.06.18 Ачтч – 24,1 МНО 0,95 ПТИ 105 фибр – 2,9

22.06.18 АЧТЧ – 25,6 МНО – 1,09 ПТИ 92,4 фибр 2,4

01.07.18 АЧТЧ –34,9 МНО 1,06 ПТИ 94,8 фибр 3,2

17.06.18 Проба Реберга: креатинин крови-103мкмоль/л; креатинин мочи- 4345 мкмоль/л; КФ- 82,9мл/мин; КР- 97,5 %

### 14.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –4+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - едв п/зр

### 19.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 белок – отр ацетон –отр; фосфаты на все п/зр

### 22.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

С 22.06.18. ацетон – отр

30.06.18 ацетон мочи 3+

С 02.07.18. ацетон – отр

15.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 3500 эритр - белок – отр

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

01.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – отр

17.06.18 Суточная глюкозурия –1,54 %; Суточная протеинурия – 0,036

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 14.06 |  | 9,2 | 12,4 | 3,8 | 7,2 |
| 16.06 2.00-9,2 | 9,6 | 10,6 | 10,0 | 6,7 |  |
| 18.06 | 15,6 | 8,6 | 7,4 | 5,8 | 4,4 |
| 20.06 2.00-9,0 | 12,0 | 12,0 | 3,1 | 3,2 | 9,9 |
| 22.06 | 17,9 | 10,8 | 5,5 | 3,5 |  |
| 24.06 | 10,1 | 6,1 | 4,4 | 4,7 |  |
| 26.06 2.00-9,9 |  | 7,9 | 8,4 | 2,8 | 8,8 |
| 28.06 2.00-4,5 | 9,7 | 8,8 | 2,8 | 7,9 |  |
| 30.06 | 16,4 | 13,7 | 4,2 | 5,1 | 7,1 |
| 01.07 2.00-10,1 | 12,9 | 9,3 | 6,7 | 5,3 |  |
| 02.07 | 9,5 |  | 10,0 | 5,0 |  |
| 03.07 | 5,6 |  |  |  |  |

01.2018Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). ДЭП 1 ст смешанного генеза, церебрастенический с-м.

18.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. экскавация 0,5 ДД. Ангиосклероз, с-м Салюс 1. Вены расширены, неравномерного калибра, сосуды извиты. По ходу сосудов микроаневризмы, микроагеморргаии, ед. влажные эксудаты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.06.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

26.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

26.06.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

27.06.18 ЭХО КС: Систолическая дисфункция миокарда ЛЖ не нарушена . Диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации, АК -3 створчатый, функция АК не нарушена, минимальная регургитация на МК. Гипертрофия ЛЖ по концентрическому типу.

27.06.18 Дупл. БЦА: Эхопризнаки метаболической, гипертонический ангиопатии (С-образной извитости правой ОСА), гемодинамически значимой асимметрии кровотока в ПА ( 43%), дистонического типа венозного оттока в ВЯВ с двух сторон

01.2018Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

16.06.18Хирург: В данный момент острой хирургической патологии нет.

22.06.18Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит с внешне и внутрисекреторной недостаточностью. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Стеатогепатоз. Язвенная болезнь неактивная фаза. H-pylori – положит. Хронический атрофический гастрит с сохраненной кислотообразующей функцией желудка. Рубцовая деформация луковицы ДПК. Варикозное расширение вен пищевода 1 ст

.03.07.18Гастроэнтеролог ( повторно):

18.0.618 ФГДЭС: Варикозное расширение вен пищевода 1 ст. атрофическая гастропатия. Рубцовая деформация луковицы ДПК

02.07.18 КТ ОБП и забрюшинного пространства: КТ признаков объемного и очагового поражения ораганов брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлено.

26.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

20.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы

15.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V =6,3 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Айлар, ККБ, лесфаль, берлитион, аспаркам, гепарин, креон, но-шпа, омез, предуктал MR, метронидозол, активированный уголь, небивалол, альмагель, атоксил, фамотидин, адаптол, каптопрес, азитромицин, Генсулин Р, Генсулин Н, вазилип, предуктал MR, хипотел, омепразол, меверин, бетаргин, панкреатин, метаклопрамид

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, уменьшилась общая слабость, утомляемость, гликемия нормализовалась. Сохраняется умеренная тошнота в утреннее время АД 130/80 мм рт. ст. пульс 84 Ацетон мочи от 03.07.18 – отр. С целью предотвращения гипогликемических состояний, учитывая лабильное течение СД, пациент комиссионно переведен на инсулин Айлар. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-8-12 ед., п/о- 8-10ед., п/уж -6-8 ед., Айлар 22.00 24-26 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами. (лечение сосудистыми препаратами возможно после лечение у гастроэнтеролога)
7. Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг 1р/д, небивалол 1,25 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, контроль АД, ЧСС,ЭКГ
8. Конс невропатолога по м/ж
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания,

алмагель по 1 д. л. \*3р/д ч/з 1 час после еды 10 дней,

галстена по 10 кап. \*3р/д. за 20 мин. до еды 1 мес.,

квамател 20 мг 1т. веч.,

мезим 10 тыс. 1т. \*3р/д. во время еды 2 нед.,

омепразол 1к. \*2р/сут. за 10 мин. до еды;

пангрол 25 тыс. по 1т. \*3р/д. во время еды 2 недели;

фосфалюгель 1п 2р/д ч/з час после еды 2 нед.,

урсохол 2т на ночь 1 мес,

смарт омега 1кап. \*1р/д. 1 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.