#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 838

##### Ф.И.О: Сидоренко Геннадий Станиславович

Год рождения: 1966

Место жительства: Г-польский р-н, с. Ремовка ул. Первомайская 9

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.06.18 . по  27.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Окклюзия ЗББА с двух сторон. Начальная возрастная катаракта ОИ. Болезнь оперированного желудка: хронический эрозивный гастрит культи желудка ассоциированный с H-pylori с сохраненной кислотообразующей функцией желудка, фаза обострения. ЖКК остановившееся.(31.05.18). Дуоденогастральный рефлюкс. СПО: резекция 2/3 желудка по Б-1. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Стеатогепатоз. Хронический панкреатит с внешне- и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы, обострение.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния на фоне физ нагрузок, сухость во рту по утрам, ухудшение зрения, судороги, онемение боли в н/к, головные боли, периодически чувство переполнения желудка, тяжесть в эпиагастрии, отеки н/к усиливающие к вечеру. 12.06.18 во время стац лечение в отд гастроэнтерологии ЗОКБ отмечалась гипогликемическая кома ( глюкоза крои 1,4 ммоль/л) вводилась 40% глюкоза.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. во время лечения в т/о по м/ж, была выявлена гипергликемия 20,0 ммоль/л, в то же время была выявлен tbc в/д правого легкого. В течение месяца принимала ССТ без эффекта, затем инсулинотерапия. Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р в 4х кратных режиме. С 2014 в 2х кратном режиме. Комы гипогликемические 2-3 раза (со слов). В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 10ед., п/у- 8ед. Хумодар Р100Р п/з 4 ед, п/у 6 ед. С 12.06.18 Хумодар Р100Р не вводит. НвАIс -5,9 % от 15.05.18 . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, , лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: 2013 tbc в/д правого легкого, получал лечение в ЗОПТД. 1987,1989 резекция 2/3 желудка по Б-1. 2005 разрыв левого легкого, перелом IV.V.VI ребер слева

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.06 | 127 | 3,8 | 7,1 | 26 | |  | | 1 | 2 | 75 | 20 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.06 | 70,5 | 4,0 | 1,25 | 1,32 | 2,1 | | 2,0 | 6,8 | 82,5 | 9,0 | 2,2 | 4,9 | | 0,35 | 0,18 |

19.06.18 К – 5,2 ; Nа –141,9 Са++ -1,22 С1 -100 ммоль/л

20.06.18 Проба Реберга: креатинин крови-81 мкмоль/л; креатинин мочи- 10780 мкмоль/л; КФ-108,8 мл/мин; КР- 99 %

### 19.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр соли мчевая кислота.

20.06.18 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.06.18 Микроальбуминурия –131,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.06 | 4,3 | ,3 | 4,9 | 5,4 | 8,3 |
| 21.06 | 3,4 | 9,2 | 8,7 | 3,6 | 6,5 |
| 23.06 | 4,1 | 5,2 | 9,7 | 7,0 | 3,0 |
| 25.06 | 3,7 | 6,1 |  |  |  |
| 26.06 | 6,5 | 3,7 | 5,5 | 7,4 | 5,6 |
| 27.06 | 5,7 |  |  |  |  |

04.06.18 Невропатолог: на момент осмотра очаговой неврологический патологии не выявлено .

05.06.18 Окулист: Д-з: . Начальная возрастная катаракта ОИ. Диабетических изменений на гл. дне нет.

18.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

26.06.18Кардиолог: При осмотре кардиальной патологии не выявлено.

05.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/ к.

23.06.18 Ангиохзирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Окклюзия ЗББА с двух сторон

19.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к значительно повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к незначительно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к по видимому повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

30.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,9 см3; лев. д. V =6,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, гастронорм, креазим 20 тыс, нейровитан, альфа липон, торадив.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гипогликемические состояния за все время пребывания в стационаре не отмечались. На фоне уменьшения доз вводимого инсулина уменьшились отеки н/к. уменьшились боли в н/к. АД 90/60 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 12-14ед.,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Альфалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейровитан 1т 2р/д 1 мес, плестазол 100 мг 1р 1р/д длительно.
7. Продолжить терапию назначенную гастроэнтерологом ЗОКБ.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, АТТПО в плановом порядке. Конс эндокринолога по м/ж
9. Контроль СОЭ в динамике

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.