#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 92

##### Ф.И.О: Сиващенко Виталий Владимирович

Год рождения: 1990

Место жительства: Приморский р-н,г. Приморск ул. Речная 90а

Место работы: н/р,инв Ш гр

Находился на лечении с 17.01.18 по 31.01.18 в энд. отд. (ОИТ19.01.18-23.01.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим, кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Полинейропатия н/к, смешанного характера, сенсомоторная форма, (NSS 6, NDS 6). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст , регургитацией 1 ст. СН 0. Субфебрилитет неуточненного генеза. Астено-невротический с-м с тревожными включениями, ситуационно обусловленый. ГЕРБ 1: рефлюкс эзофагит, хронический гастродуоденит, H-pylori – отр. НАЖБ 1 ст. Стеатогепатоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 12 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, учащенное сердцебиение, дискомфорт в прекардиальной области, мышечная слабость. повышение Т тела до 37,3 в вечернее время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. в кетоацидотическом состоянии Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 6-9ед., п/о-6-9 ед., п/у-6-9ед., Протафан НМ 22.00 – 19 Гликемия –1,8-23 ммоль/л. НвАIс – 8,5 % от 03.11.17. Последнее стац. лечение в 08.2017г. Страдает хр. панкреатитом, гастродуоденитом. 12.2017 прошел стац лечение в терап. отд по м/ж ,получал препараты а-липоевой кислоты, актовегин. 02.2017 перенес острый панкреатит. 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 |
| 18.01 | 175 | 5,37 | 8,3 | 4 | 1 | 4 | 57 | 36 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.01 | 85 | 4,47 | 1,09 | 1,21 | 2,76 | 2,7 | 5,5 | 99 | 13,7 | 3,4 | 1,44 | 0,66 | 0,84 |

22.01.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

19.01.18 Св.Т4 – 17,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ –1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

18.01.18 К – 4,6 ; Nа –138 Са++ -1,2 С1 - 100 ммоль/л

22.01.18 К – 4,38Na -141

18.01.18 Кортизол – 24,7 (6,2-19,8) АКТГ-44,9 (7,2-69)

### 18.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1040 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19.01.18 ацетон 2+

С 20.01.18 ацетон отр

20.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

23.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

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

##### 25.01.18 Микроальбуминурия –75,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.01 | 10,9 | 13,5 | 13,8 | 9,0 |
| 20.01 | 9,9 | 9,7 | 7,4 | 7,9 |
| 21.01 2.00-13,6 | 10,2 | 7,3 | 10,2 | 8,2 |
| 24.01 2.00-10,8 | 13,6 | 11,1 | 5,4 | 4,2 |
| 26.01 | 11,7 | 12,7 | 7,4 | 8,8 |
| 27.01 | 7,4 | 6,6 | 11,0 | 8,7 |
| 29.01 2.00 -8,2 | 2,5 |  | 7,5 |  |
| 30.01 2.00-5,2 | 9,0 |  |  |  |
| 31.01 | 5,2 |  |  |  |

Невропатолог: Полинейропатия н/к, смешанного характера, сенсомоторная форма, (NSS – 6, NDS-6)

19.01.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды широкие, гр. четкие, умерено извиты, вены уплотнены. Единичные микроаневризмы Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.01ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

24.01.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст регургитацией 1 ст. СН 0.

24.01.18ЭХО КС: Эхопризнаки ПМК 1 ст. минимальной регургитации на МК, взаимоотношение камер сердца не нарушено. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

25.01.18 ФГДЭС: Эрозивный эзофагит LA степень А. Эритематозная гастропатия.

18.01.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.01.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

25.01.18 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия..

20.01.18 Гастроэнтеролог: ГЕРБ 1: рефлюкс эзофагит, хронический гастродуоденит, H-pylori – отр. НАЖБ 1 ст. Стеатогепатоз..

25.01.18 Иммунолог: Субфебрилитет, неуточнённый, астено-депресивнй с-м.

19.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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 сохранена.

19.01.18 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, нельзя исключить наличие микролитов почках.

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

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

17.01.18 Психоневролог: астено-невротический с-м с тревожными включениями, ситуационно обусловленый.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, кардонат, тивомакс, бифрен, тиогамма, витаксон, атоксил, лесфаль, аспаркам, нейромидин, нуклео ЦМФ .

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, сохраняется мышечная слабость. АД 120/70 мм рт. ст. Т тела 36,3

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога, гастроэнтеролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 16-18ед., п/о- 12-14ед., п/уж – 10-12ед., Протафан НМ 22.00 24 ед.
5. Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная консультация в КУ «ОКЭД» ЗОС, для решения вопроса о дальнейшей тактики инсулинотерапии.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия после курса лечения назначенного гастроэнтерологом: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д, предуктал MR 1т 2р/д 1 мес
9. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
10. Тиогамма 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.
11. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, Дообследование ЭНМГ н/к (запланировано на 06.02.18), КФК.
12. Повторный осмотр невропатолога с результатами дообследования, учитывая сохраняющуюся мышечную слабость
13. Рек иммунолога: дообследование иммуноглобулин А, G, M,E, ПЦР крови, ВЕБ, ЦМВ ВГ ½ + 6 тип, витамин В 12, сывороточное железо, 25 (ОН) vit D3. Лечение Флуксен 20 мг утром 6 мес и более. Повторный осмотр иммунолога с результатами дообследования.
14. Рек гастроэнтеролога: отказ от курения, горячих напитков, домрид SR 1т утром за 30 мин до еды 10 дней, эзолонг 40 мг 1-2р/д за 30 мин до еды 20 дней.
15. Контроль кортизола крови через 1-2 мес. При необходимости проведение МРТ надпочечников.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.