#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 742

##### Ф.И.О: Остистов Евгений Александрович

Год рождения: 1988

Место жительства: Васильевский р-н, с. Видножено, ул. Школьная 64

Место работы: инв IIгр.

Находился на лечении с 23.05.13 по 03 .06.13 в диаб. отд. ( ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма II-IIIст. Состояние после операции - вскрытие флегмоны правой стопы. Диабетическая нефропатия III ст. Дисметаболическая энцефалопатия II, цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН I. Симптоматическая артериальная гипертензия IIст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП инсулинотерапия.

В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-20 ед., п/о-14 ед., п/у-18 ед., Протафан НМ 22.00 – 32 ед. Гликемия –10,0-23 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение 5лет. 14.05.13 травмировал гвоздем правую стопу, на протяжении недели занимался самолечением, наростали боли, отёк стопы, появились ознобы, повышение температуры. Самостоятельно обратился во 2 гор больницу, был госпитализирован. 19.05.13 г под общей анестезией произведено вскрытие флегмоны правой стопы. В послеоперационном периоде со стороны раны – положительная динамика, но развилось кетоацидотическое состояние. Консультирован, переведен в ОИТ Эндокриндиспансер. для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.05.13Общ. ан. крови Нв – 130 г/л эритр –4,1 лейк – 4,9 СОЭ – 8 мм/час

э- 1% п- 8% с- 66% л- 18 % м- 7%

23.05.13 тромб 150

25.05.13 тромб 140

26.05.13 тромб - 160

23.05.13 Амилаза 13,4

24.05.13Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –4,92 тригл -1,74 ХСЛПВП -1,64 ХСЛПНП -2,49 Катер -2,0 мочевина – 3,7 креатинин –148 бил общ –11,7 бил пр – 2,9 тим –1,8 АСТ –0,65 АЛТ –0,43 ммоль/л;

29.05.13 мочевина 5,3, креатинин 97,5

13.05.13Гемогл – 136 ; гематокр – 0,41 ; общ. белок – 69 г/л; К – 2,5 ; Nа – 152,1 ммоль/л

25.04.13 общ белок – 64, К – 3,6 ммоль/л

24.05.13 К-3,98 моль/л

24.05.13 К – 4,38 ммоль/л

26.05.13 К – 6,0 ммоль/л

27.05.13 К - 6,0ммоль/л

29.05.13 К -4,8 ммоль/л

23.05.13Коагулограмма: вр. сверт. – 9 мин.; ПТИ – 87,2 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

26.05.1305.13Проба Реберга: Д- 4,0л, d- 2,77мл/мин., S- 1,86кв.м, креатинин крови-100 мкмоль/л; креатинин мочи- 3630 мкмоль/л; КФ-93,52 мл/мин; КР- 97,0 %

### 24.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 6-8, эрит 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –4++++ эпит. пл. -ед ; эпит. перех. ед- в п/зр

С 26.05.13 ацетон - отр

26.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

26.05.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 30.05.13Микроальбуминурия – 131,2мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 23.05 |  |  | 7,9 | 10,2 | 10,3 |
| 25.05 | 7,6 | 6,3 | 8,6 | 8,0 | 9,2 |
| 27.05 | 16,4 | 15,4 | 9,6 | 16,3 |  |
| 29.05 2.00-7,4 | 10,1 | 6,8 | 12,8 | 14,3 |  |
| 31.05 2.00-3,1 | 9,6 | 6,0 | 4,9 | 8,2 |  |
| 01.06 | 5,6 | 12,8 | 8,9 | 6,3 |  |
| 02.06 | 4,1 | 6,1 | 10,4 | 6,6 |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма II-IIIст. Дисметаболическая энцефалопатия II, цереброастенический с-м, цефалгический с-м.

Окулист: Осмотр в ОИТ

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

23.05.13ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. С-м укороченного PQ. Дистрофические изменения миокарда.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СНI, САГ II степени

Хирург:Состояние после вскрытия, санации, дренирования флегмоны правой стопы.

Лечение: Актрапид, Протафан НМ, альмагель, цефтозабак, линекс, аминалон, метрогил квамател, медаксон, энтеросгель, питлобакт, винилин, масло облепихи, калия хлорид, этамзилат, глюкоза 5%, метоклопроид, реосорбилакт, сода-буфер, рингер, солкосерил, рантак, берлитион, аспаркам, неоднократно консультирован хирургом производились перевязки стопы (димексид, цефтриаксон, хлоркгексидин).

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к и в области п/операционной раны, умеренное серозное выделяемое из раны. АД 120/80мм рт. ст.

Ре/комендовано :

1. Для дальнейшего лечения перевод в хирургическое отделение 2 гор больницы.
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
3. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 20-22ед., п/о- 22-24ед., п/у-20-22 ед., Протафан НМ 22.00 34-36 ед
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: тиотриазолин 200мг \*3р/д., кардонат 1т. \*3р/д., при повышение амлодипин 2,5 – 5 мг. Контроль АД, ЭКГ.
9. Кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
11. Рек. невропатолога: глициссед 2т\*3р/д 1 мес.
12. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.