#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1356

##### Ф.И.О: Хлопков Алексей Алексеевич

Год рождения: 1965

Место жительства: Вольнянский р-н, Каменное, центральная 11/11

Место работы: Каменская ЗОШ – сторож.

Находился на лечении с 21.10.13 по 05.11.13 в(ОИТ с 21.10.13 по 28.10.13) энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия, эндотоксическая на фоне кетоацидоза без очаговой симптоматики. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХН Шст. Трофическая язва правой топы. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП IV ст. Острый интерстициальный нефрит. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I САГ IIст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, общую слабость, быструю утомляемость, тошноту, рвоту желудочным содержимым, боли в н/к, судороги, онемение, трофическую язву правой стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-10-12 ед., п/о-10-12 ед., п/у12-14- ед., Фармасулин НNР 22.00 -30-32 ед. Ухудшение состояния в течении 2х месс после самолечения флегмоны левой стопы. Обратился по м/ж 14.10.13 в состоянии кетоацидоза. Получал стац лечение в ОИТ Вольнянской ЦРБ (выписка прилагается). После конс эндокринолога ОКЭД санавиацией доставлен в ОИТ ОКЭД. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.10.13Общ. ан. крови Нв – 117 г/л эритр – 3,5 лейк – 22,5 СОЭ – 37мм/час

э-0 % п-9 % с-76 % л- 12% м- 3%

22.10.13Общ. ан. крови Нв – 122 г/л тромб - 170

24.10.13Общ. ан. крови Нв – 111 г/л эритр – 3,4 лейк – 9,3 СОЭ – 45мм/час

э-0 % п-8 % с-80 % л- 17% м- 7%

29.10.13Общ. ан. крови Нв – 110 г/л эритр – 3,5 лейк – 10,1 СОЭ – 36мм/час

э-1 % п-1 % с-72 % л- 23% м- 3%

21.10.13Биохимия: хол –4,9 тригл -1,61 ХСЛПВП -1,02 мочевина –7,5 креатинин –369 бил общ –14,5 бил пр –3,6 тим – 1,2 АСТ – 0,30 АЛТ –0,24 ммоль/л;

24.10.13 мочевина – 6,0 креат – 165,6

28.10.13 креат - 80

21.10.13 амилаз – 26,5

21.10.13Глик. гемоглобин – 9,2%

21.10.13Анализ крови на RW- отр

21.10.13Гемогл – 112 ; гематокр – 0,39 ; общ. белок –50,5 г/л; К – 4,4 ; Nа – 138 ммоль/л

22.10.13Гемогл – 114 ; гематокр – 0,39 ; К – 4,0 ; Nа – 132 ммоль/л

24.10.13Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 85,2 %; фибр –2,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6\*10-4

28.10.13 фибр – 5,3

23.10.13Проба Реберга: Д-3,0 л, d-2,08 мл/мин., S-179 кв.м, креатинин крови- 179мкмоль/л; креатинин мочи-10,230 мкмоль/л; КФ- 84,7мл/мин; КР- 97,6 %

### 22.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,034 ацетон –4+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

23.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр -1000 белок – 0,049

23.10.13Суточная глюкозурия – 3,44%; Суточная протеинурия – 0,170

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.10 |  |  | 18,2 | 16,4 |  |
| 22.10 2.00-14,6 | 12,9 | 11,3 | 9,1 | 11,2 | 14,7 |
| 24.10 | 13,5 | 9,4 | 7,6 | 6,2 | 5,9 |
| 25.10 | 14,8 | 6,2 | 5,8 | 4,7 | 4,0 |
| 27.10 | 9,2 | 9,2 | 6,0 | 7,5 | 6,7 |
| 29.10 | 9,7 | 10,5 | 6,0 | 4,0 |  |
| 01.11 | 10,6 | 11,3 | 7,3 | 5,0 |  |
| 03.11 | 9,3 | 14,1 | 4,8 | 4,2 |  |
| 04.11 | 5,6 | 5,4 |  |  |  |

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия на фоне кетоацидоза без очаговой симптоматики. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, сенсорная форма.

Окулист: осмотр в ОИТ.

ДЗН бледно-розовые. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены неравномерно расширены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Диффузные изменения миокарда. С-м укороченного PQ.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I САГ IIст.

23.10.13 На р-графии ОГК от 21.10.13 легкие фиброзно изменены. В остальном без изменений.

ФГДЭС: эрозивно-язвенный эзофагит. Хронический гастродуоденит.

Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к ХН Ш ст, трофическая язва правой стопы.

Нефролог: Острый интерстициальный нефрит.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,7 см3; лев. д. V = 6,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: цефтриаксон, окювайт, зофран, нормазе, этамзилат, лизиноприл, луцетам, нейрорубин, берлитион, ККБ, альмагель, цефтазидин, димексид, новокаин, энтеросгель, гепарин, метоклопрамид, аторис, магникор, ипамид, рантак, актовегин, тималин, солкосерил, Фармасулин Н, Фармасулин НNР,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 14-16ед., п/о-12-14 ед., п/у-10-12 ед., Фармасулин НNР 22.00 30-32 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Рек. хирурга: перевязки с 3% Н2О2, диоксизолем, энелбин 1т 2р/д -2 нед.
12. Б/л серия. АГВ № 234 с 21.10.13 по 05.11.13. К труду 06.11.13г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.