#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 971

##### Ф.И.О: Утробин Александр Анатольевич

Год рождения: 1982

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов ул. Красных Партизан 47

Место работы: н/р, инв IIгр.

Находился на лечении с 07.08.14 по 02.09.14 в диаб. отд. ( ОИТ 07.08-11.08.14, 18.08-20.08.14)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к II-Ш ст. Вялогранулирующая рана левой стопы. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Стеноз передней большеберцовой артерии с 2х сторон. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия с венозно-ликворной дисфункцией. Цереброастенический с-м. Хронический гепатит , а/фаза невирусного генеза. НФП –II ст, Хронический гепатоз, Хронический панкреатит вне обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса, боли н/к, судороги, онемение ног, головные боли, выраженная тошнота, многократная форма., многократная рвота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2012 переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 14ед., п/о- 14ед., п/у- 14ед., Фармасулин НNР 22.00 – 36 ед. Гликемия –6,0-30,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Ургентно поступил 05.08.14 в ОИТ Ореховской ЦРБ, с кетоацдотическим состоянием. Связывает ухудшение со стрессовой ситуацией. Переведен по санавиации 07.08.14 в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.08.14 Общ. ан. крови Нв –108 г/л эритр –3,4 лейк –5,7 СОЭ – 8 мм/час

э- 2% п- 3% с- 77% л- 12 % м- 6%

14.08.14 Общ. ан. крови Нв – 139 г/л

07.08.14 Биохимия: хол –3,27 мочевина –5,8 креатинин – 218 бил общ –10,0 бил пр – 2,5 тим – 0,64 АСТ –0,85 АЛТ – 2,54 ммоль/л;

11.08.14 АСТ - 0,89 АЛТ – 2,6

19.08.14 АСТ - 1,20 АЛТ – 4,14

07.08.14 Амилаза – 117,4 (0-90) ед /л

19.08.14 Амилаза – 31,6 (0-90) ед/л

08.08.14 Диастаза 95 (0-450) Ед/л

19.08.14 Гамма-ГТ – 413,9 Ед/л (<55.0) фосфаза щелочная – 273,2 Ед/л (40,0-129)

07.08.14 Анализ крови на RW- отр

13.08.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

07.08.14 Гемогл – 108 ; гематокр – 0,36 ; общ. белок – 53 г/л; К – 3,0 ; Nа – 135 ммоль/л

18.08.14 Гемогл – 140 ; гематокр – 0,46 ; общ. белок – 65 г/л; К – 3,6 ; Nа – 143 ммоль/л

09.08.14 К – 3,98 ммоль/л

19.08.14 К – 4,85 ммоль/л

07.08.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 8,5 %; фибр – 3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ –105 %; св. гепарин – 0

09.08.14 Проба Реберга: Д- 3,4л, d-2,36 мл/мин., S- 1,64кв.м, креатинин крови-79,2 мкмоль/л; креатинин мочи- 3900 мкмоль/л; КФ- 1256мл/мин; КР- 98,1%

### 07.08.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-5 эрит на ½ в п/зр белок – отр ацетон –4++++; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

### 18.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

С 19.08.14 Ацетон отр

08.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр -5300 белок – отр

14.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр -250 белок – отр

14.08.14 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – 0,058 г/сут

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 16.00 | 17.00 | 20.00 | 21.00 | 22.00 | 23.00 |
| 07.08 |  |  |  |  | 12,1 | 9,8 |  | 5,0 |  | 6,0 |
| 09.08 | 3,2 | 3,2 | 5,9 | 8,4 |  | 5,8 |  | 5,8 |  | 14,2 |
| 11.08 | 3,0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14.08 |  | 14,9 | 4,7 |  | 4,0 |  | 3,6 |  |  |  |
| 16.08 2.00-10,3 |  | 19,1 | 5,9 |  | 2,5 |  | 3,3 |  |  |  |
| 18.08 |  |  |  | 5,7 |  | 3,3 |  | 4,1 |  |  |
| 20.08 | 5,4 |  |  |  |  |  | 3,4 |  |  |  |
| 22.08 2.00-3,4 |  | 2,4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24.08 2.0-3,2 |  | 2,6 | 6,7 |  | 6,7 |  | 8,5 |  |  |  |
| 26.08 2.00-13,0 |  |  |  |  |  |  | 8,9 |  | 14,5 |  |
| 28.08 2.00-11,4 |  | 16,4 | 12,9 |  | 16,8 |  | 5,7 |  | 13,7 |  |
| 30.08 2.00-12,2 |  | 2,7 | 10,7 |  | 14,5 |  | 6,9 |  | 10,4 |  |
| 01.09 2.00-14,3 |  | 9,2 | 4,7 |  | 5,8 |  | 7,4 |  |  |  |
| 02.09 2.00-5,9 |  | 6,2 |  |  |  |  |  |  |  |  |

19.08Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия с венозно-ликворной дисфункцией. Цереброастенический с-м.

07.08.Окулист: осмотр в ОИТ

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Сухие и влажные эксудаты Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.08.14ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось вертикальная. Позиция вертикальная. Неполная блокада ПНПГ.

12.08.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к П-Ш ст..

22.08.Гастроэнтеролог: Хронический гепатит , а/фаза невирусного генеза. НФП –II ст, Хронический гепатоз, Хронический панкреатит вне обострения.

Хирург: Вялогранулирующая рана левой стопы.

12.08.РВГ: Нарушение кровообращения справа II-III ст. слева -II, тонус сосудов N.

12.08Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

14.08Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа 32-34%, слева – 35-38%, Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.08.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени, фиброзирования поджелудочной железы, изменений диффузного типа в паренхиме почек.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, энтеросгель, эссенциале, тиоктацид, рантак, ККБ, альмагель, контривен, метаклопрмид, пирацетам, фуросемид, гепарин, аспаркам, рибоксин, гекатон, сода-буфер, трисоль, ксилат, альмагель, реосорбилакт, Эпайдра, Лантус, диалипон, бисопролол.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен на Лантус Эпайдра.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-3-5 ед., п/о- 5-7ед., п/уж -2-4 ед., Лантус 22.00 8-10 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
4. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
5. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, гептрал 400,0 на физ р-р 200,0 № 7-10, затем 400,0 1т 1р/д 1 мес, урсолив 1к на ночь 1 мес, смарт омега 1к 1рд во время еды 1 мес, контр печеночных проб после лечения. повторный осмотр.
6. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.