#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 851

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

Год рождения: 1988

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.07.14 по 23.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст, трофическая язва правой стопы. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Диабетическая энцефалопатия I-II, цефалгический, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, потерю веса на 4,5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г 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- 25ед., п/о- 20ед., п/у- 14д., Протафан НМ 22.00 – 32 ед. Гликемия –9,0-10,0-2,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. В 2013 травма стопы правой н/к, флегмона стопы н/к, проведено оперативное лечение. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.07.14 Общ. ан. крови Нв –136 г/л эритр –4,3 лейк –7,2 СОЭ – 7 мм/час

э- 0% п-0 % с-77 % л- 20 % м- 3%

09.07.14 Биохимия: СКФ –69,2 мл./мин., хол –5,3 тригл -2,07 ХСЛПВП – 1,41ХСЛПНП -2,94 Катер -2,7 мочевина –6,9 креатинин –142 бил общ –9,0 бил пр –2,2 тим –1,9 АСТ –0,29 АЛТ –0,31 ммоль/л;

11.07.14 мочевина – 7,4, креатинин – 161 ммоль\л

09.07.14 К – 4,5 ммоль/л

### 09.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех.ум - в п/зр

11.07.14 ацетон 2++

С 12.07.14 ацетон – отр

11.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6000 эритр - 3500белок – отр

10.07.14 Суточная глюкозурия –1,75 %; Суточная протеинурия – отр

##### 11.07.14 Микроальбуминурия –187,6 мг/сут

АТТПО, ТТГ сданы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.07 |  |  | 10,8 | 4,0 | 5,8 |
| 09.07 | 17,0 | 15,9 | 11,0 | 6,0 |  |
| 10.07 | 20,3 | 11,6 |  | 4,0 |  |
| 11.07 2.00-10,3 |  |  |  |  | 4,2 |
| 12.07 2.00-3,0 | 13,1 | 7,9 | 11,6 |  |  |
| 13.07 | 3,5 | 4,5 | 2,6 | 4,4 |  |
| 15.07 | 9,9 | 8,9 | 4,1 | 8,2 |  |
| 16.07 | 7,5 |  |  |  |  |
| 18.07 | 5,9 | 5,2 | 3,1 | 3,5 |  |
| 21.07 |  |  |  | 12,5 |  |
| 22.07 |  |  | 7,5 | 8,9 |  |

14.07Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Диабетическая энцефалопатия I-II, цефалгический, цереброастенический с-м

14.07Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

08.07ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

11.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.07Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

10.07РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

10.07Допплерография: У больного трофическая язва правой стопы.

11.07УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

16.07Хирург Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст, трофическая язва правой стопы.

08.07.14 Р-гр правой стопы в 2х проекциях: деструктивных изменений не выявлено.

16.07УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,1 см3; лев. д. V = 5,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, В левой доле расширенный фолликул – 0,3 см. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Расширенный фолликул левой доли.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, реосорбилакт, цефтриаксон, фестал, витаксон, розувастатин, атаксил, берлитион, солкосерил, Nа тиосульфат, тивортин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к трофическая язва право стопы – незначительно уменьшилась в размере. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 25-27ед., п/о- 16-18ед., п/уж -6-8 ед., Протафан НМ 22.00 32-34 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 5 мг) с контролем липидограммы.
3. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
4. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Явка к эндокринологу с результатами АТТПО, ТТГ, для решения вопроса дальнейшей тактики лечения.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
7. Рек хирурга: перевязки с гентаксаном.
8. Рек. нефролога: контр анализов крови, мочи, показателей азотемии 1р в квартал. Наблюдение нефролога. Курсы сосудистых препаратов 2р\г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.