#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 578

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

Год рождения: 1982

Место жительства: г. Орехов ул. Красных партизан, 47

Место работы: н/р.

Находился на лечении с 30.04.15 по 07.05.15 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Хроническая дистальная диабетическая симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к II – Шст. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хронический гепатит, а/фаза невирусного генеза. НФП –II ст. Хронический гепатоз. Хронический панкреатит вне обострения. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, боли в н/к, судороги, онемение ног, тошнота, рвота, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. 08.2014 перенес кетоацидотическое состояние, находился в ОИТ ОКЭД. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2012 в связи с декомпенсацией переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNР, с 2014 – Эпайдра, Лантус. Последние 3 недели Лантус не принимал, вводил Фармасулин НNР (со слов больного, в связи с отсутствием инсулина. Последнее стац. лечение в 2014г рекомендовано: Эпайдра п/з-3-5 ед., п/о- 5-7ед., п/у- 2-4ед., Лантус 22.00 – 8-10 ед. 22.08 конс .гастроэнтерологом: Хронический гепатит, а/фаза невирусного генеза. НФП –II ст, Хронический гепатоз, Хронический панкреатит вне обострения. Госпитализирован в обл. энд. диспансер в связи с кетоацидотическим состоянием, доставлен СМП..

Данные лабораторных исследований.

30.04.15 Общ. ан. крови Нв – 164г/л эритр –4,9 лейк – 8,9 СОЭ – 7 мм/час

э- % п- % с- % л- % м- %

06.05.15 Общ. ан. крови Нв – 145/л эритр –4,4 лейк – 4,2 СОЭ – 8 мм/час

э- 3% п-0 % с-60 % л- 28 % м- 9%

30.04.15 Биохимия: хол – 6,6 мочевина – 7,4 креатинин – 472 бил общ – 10,9 бил пр – 2,7 тим –2,53 АСТ – 0,92 АЛТ – 1,2 ммоль/л;

03.05.15 АСТ – 0,86 АЛТ – 0,31

04.05.15 Креатинин – 108 мкмоль/л

30.04.15 Амилаза – 26,3

30.04.15 Гемогл – 164 ; гематокр – 0,54; общ. белок – 72,5 г/л; К – 4,18 ; Nа – 151 ммоль/л

02.05.15 К – 4,6 ммоль/л

03.05.15 К – 4,2 ммоль/л

06.04.155 Гемогл – 145; гематокр –0,46 ; общ. белок –6,0 г/л; К – 4,9 ; Nа –132 ммоль/л

30.04.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 78,9 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

02.05.15 Проба Реберга: Д-3,3 л, d-2,29 мл/мин., S-1,6 кв.м, креатинин крови-179 мкмоль/л; креатинин мочи-6120 мкмоль/л; КФ-84,6 мл/мин; КР- 97,2 %

### 30.04.15 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 0-2 в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 03.05.15 ацетон - отр

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

02.05.15 Суточная глюкозурия – 1,23 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 01.05 1.00-10,8 | 8,6 | 4,9 | 5,8 | 11,5 | 9,5 |
| 02.05 | 7,7 | 5,3 | 7,2 | 8,6 | 10,2 |
| 03.05 | 9,2 | 3,2 | 4,1 | 11,9 | 8,4 |
| 04.05 | 3,0 | 13,5 | 7,3 | 4,4 | 5,7 |
| 06.05 | 17,6 8,30-8,5 | 11.00-13,8  10,1 | 15.00-4,5  3,5 | 4,6 |  |
| 07.05 | 3,7 |  |  |  |  |

05.05.15ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

07.05.15 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1. Цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

07.08.14Окулист: 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.

12.08.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к П-Ш ст..

Лечение: амльмагель, ККБ, берлитион, эссенциале, фуросемид, Генсулин Р, церукал, Эпайдра, Лантус, стрепсилс, калия хлорид, глюкоза 5%, глюкоза 30%, сода-буфер, реополиглютин, рингер- лактат, натрия хлорид, латрен,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, исчезли диспептические явления, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. От дальнейшего пребывания в стационаре отказывается, настаивает на выписке.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 6-8ед., п/о-8-9 ед., п/уж -2-4 ед., Лантус 22.00 8-10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес.
8. Рек невропатолога: мексидол 4,0 в/в стр № 10, нейрорубин 3,0 в/м № 10, армадин лонг 500 мг 1р\сут 1 мес.
9. Конс. гастроэнтеролога.
10. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.