#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 672

##### 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 Ш гр

Находился на лечении с 27.05.16 по 07.06.16 в энд. отд.(27.05.16-31.05.16)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия ст, цереброастенический с-м. ХБП 1 ст. Диабетическая нефропатия IV. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хронический посттравматический остеомиелит левого голеностопного сустава и голени. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, тошнота ,рвота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает Постоянно инсулинотерапия( Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р,Фармасулин Н, Фармасулин НNР) В 2014 переведен на Эпайдра, Лантус. Эпайдра п/з- 11-12ед., п/о- 6ед., п/у- 6ед., Лантус 22.00 10 ед. Ухудшение состояния с 25.05.16 когда появились тошнота, рвота, развилось сопорное состояние. Со слов матери в течении недели вводил Фармасулин Н, Фармасулин НNР со сроком годности до 2014 года ,дозы указать не может .В 12.30 27.05.16 доставлен в ОИТ ОКЭД реанимационной бригадой из Ореховской ЦРБ(находился в кетоацидотическом состоянии с 26.05.16-27.05.16)08.15перелом левой голени с подвывихом стопы .Контрактура левого голеностопного сустава ,проводилось оперативное лечение в 9 гор больнице(03.16),травматологическом отделении ЗОКБ(02.16) .Последнее стац. лечение в ОКЭД 2015г. Боли в н/к в течение 10 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.05.16 Общ. ан. крови Нв – 107 г/л эритр –3,2 лейк –8,7 СОЭ –24 мм/час

э- 1% п- 4% с- 71% л-21 % м- 33%

01.06.16 Общ. ан. крови Нв –112 г/л эритр –3,4 лейк –4,9 СОЭ –20 мм/час

э-1 % п- 0% с- 68% л30 % м- 1%

27.05.16 Биохимия: хол –5,8 мочевина –71 креатинин – 225 бил общ 10,2 бил пр – 2,2 тим –1,6 АСТ – 0,28 АЛТ –0,14 ммоль/л;

01.06.16 Биохимия: хол –4,85 тригл -1,0 ХСЛПВП -1,63 ХСЛПНП -2,8 Катер -2,0 мочевина –3,5 креатинин –70,8 тим – 1,7 АСТ – 0,76 АЛТ –0,81 ммоль/л;

03.06.16 креатинин крови -70,8 СКФ-103,1

27.05.16 Амилаза – 9,9 (0-90) ед \л

28.05.16 К – 3,6 ммоль\л

29.05.16 Гемогл – 116; гематокр – 0,36 ; общ. белок –56 г/л; К – 4,0 ; Nа – 137 ммоль/л

30.05.16 К – 4,0 ммоль/л

31.05.16 К – 5,28 ммоль/л

03.06 .16 К-4,2 ммоль/л

27.05.16 Коагулограмма: вр. сверт. –10 мин.; ПТИ –110 %; фибр – 2,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

28.05.16 Проба Реберга: Д-3,5 л, d-2,43 мл/мин., S-1,65 кв.м, креатинин крови-1,65 мкмоль/л; креатинин мочи-3480 мкмоль/л; КФ-53,7 мл/мин; КР-95,4 %

### 27.05.16 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –4+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

С 30.5.16 ацетон - отр

28.05.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 250 белок – отр

29.05.16 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – 0,092

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.05 |  | 12,8 | 7,1 | 2,7 | 5,0 |
| 28.05 | 17,2 | 6,2 | 7,4 | 6,5 | 8,0 |
| 30.05 | 3,2 | 4,9 | 2,0 | 7,7 | 5,5 |
| 01.06 | 15,5 | 6,2 | 3,6 | 3,3 |  |
| 02.06 2.00-4,1 | 5,3 |  | 2,3 | 3,5 |  |
| 03.06 2.00-8,1 | 9,4 | 3,8 |  |  |  |
| 05.06 | 1,0 | 5.2 | 4,0 |  |  |
| 06.06 2.00-7,3 | 10.2 | 4,9 |  |  |  |
| 07.06 2.00-4,9 | 4,0 |  |  |  |  |

02.06.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1т, цереброастенический с-м.

27.05.16Окулист: (осмотр в ОИТ)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Вены неравномерно расширены сухие и мягкие экссудаты. Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.06.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

30.05.16 Травматолог: Хронический посттравматический остеомиелит левого голеностопного сустава и голени.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I .

29.05.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.05.16 на р-гр ОГК Легкие и сердце в норме.

27.05.16 На р- гр левого г/стопного сустава определяется Зх лод. перелом с деструктивными изменениями в дистальных метаэпифизах б/берцовых и м/берцовых костей. таранной кости, сужение и деформация суставных щелей. остеомиелит?

Лечение: альмагель, энтеросгель, ККБ, тиоктодар, гепарин, цефтриаксон ,Фармасулин Н, метоклопрамид , метронидозол, аспаркам, Эпайдра Лантус ,глюкоза 40%

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 6ед., п/о-6 ед., п/уж -4-6 ед., Лантус 22.00 -10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.-1 мес. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 2,5-5 мг утр Контр. АД.
9. Тиоктодар(диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
10. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
11. Рекомендации травматолога –лечение в ГСО 9 гор. больницы( конс.дни среда ,пятница с 9.00-12.00)
12. 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 Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Гура Н.Н