#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1135

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

Год рождения: 1934

Место жительства: г. Орехов ул. К.Партизан 47

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 20.09.16 по 26.09.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисметаболическая энцефалопатия, 1-II, выраженный цереброастенический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН I. Инфекция мочевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость тошноту, общую слабость, боли в эпигастральной области, гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимал Хумодар РР, Хумодар БР. Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В 2014 переведен на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-8-10 ед., п/о- 10-12ед., п/у- 8-10ед., Лантус22.00 – 14 ед. Последнее стац лечение 06.2016. Гликемию амбулаторно не контролирует. 18.09.16 после перенесенного психоэмоционального перенапряжения госпитализирован в ОИТ Ореховской ЦРБ с жалобами на тошноту рвоту, выраженную общую слабость. ацетон очи 3+++, глюкоза крови 15,0 ммоль/л, проводилась дезинтоксикационная, регидратационная терапия. Для дальнейшего лечения 20.09.16 переведен в ОИТ в обл. энд. диспансер.

Данные лабораторных исследований.

20.09.16 Общ. ан. крови Нв – 114 г/л эритр –3,4 лейк –7,4 СОЭ – 28 мм/час

э- 2% п- 2% с77- % л- 17 % м- 2%

20.09.16 Биохимия: хол –3,7 мочевина – 8,1 креатинин – 244 бил общ – 10,8 бил пр – 2,7тим –1,7 АСТ – 0,34 АЛТ – 0,36ммоль/л; общ белок 63,2 г/л

20.9.16 Амилаза – 56,6 ( 0-90)

22.09.16К – 4,4

24.09.16К – 4,31

20.09.16 Гемогл – 114; гематокр – 0,36; общ. белок – 6,2 г/л; К – 3,85 ; Nа –155 ммоль/л

20.09.16 Коагулограмма: вр. сверт. – 100 мин.; ПТИ – 4,0 %; фибр –4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

23.09.16 Проба Реберга: Д-3,0 л, d-2,08 мл/мин., S-1,62 кв.м, креатинин крови-112 мкмоль/л; креатинин мочи- 2958 мкмоль/л; КФ- 58,7мл/мин; КР- 96,4 %

### 20.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 5-8 в п/зр белок – отр ацетон –4++++; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 24.09.16 ацетон - отр

### 22.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

21.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5000 эритр - 500 белок – отр

23.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

23.09.16 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 20.09 |  | 14.00-11,2 | 5,1 | 4,7 | 2,5 |
| 21.09 2.00-6,5 | 13,3 | 11.00-7,5 6,6 | 16.00-2,8 6,6 | 6,4 |  |
| 22.09 | 14,0 | 12,3 | 7,8 | 5,2 | 11,2 |
| 23.09 | 12,5 | 9,6 | 10,6 | 7,3 |  |
| 24.09 | 3,0 | 10,1 | 5,2 | 5,3 |  |
| 25.09 | 5,8 | 13,2 | 4,0 | 4,8 |  |

20.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисметаболическая энцефалопатия, 1-II, выраженный цереброастенический с-м.

Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы с новой стороны нечеткие на диском начальная неоваскуляризация а:в 1:2 сосуды умеренно извиты, стенки вен утолщены, уплотнены множественные микрогеморрагии, микроаневризмы Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

20.09.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена . Гипертрофия левого желудочка. .

20.09.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I.

21.09.16 Р-гр ОГК: обогащение легочного рисунка с обеих сторон, корни фиброзно изменены, малоструктурны, сердце – увеличен левый желудочек.

29.05.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Лечение: Эпайдра, Лантус, энтеросгель, ранитидин, ККБ, тиоктацид, витаксон, пирацетам, аспаркам, гепарин, фуросемид, глюкоза 40%, норфлокацин, фенигидин, левофлоксацин, тиоктодар

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. Пациент от дальнейшего лечения категорически отказывается о возможных осложнениях предупрежден, настаивает на выписке из отделения.

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-8-10 ед., п/о- 10-12ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 22.00 12-14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Консультация ангиохирурга по м\ж.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Тиоктодар (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. УЗИ щит. железы.
10. Канефрон 2т 3р\д 1 мес.
11. 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. Костина Т.К.