#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 120

##### Ф.И.О: Холод Сергей Викторович

Год рождения: 1981

Место жительства: г. Днепрорудное ул. Героев труда, 21- 132

Место работы: ЧАО ЗЖРК ЖЕК, дежурный,

Находился на лечении с 19.09.18 по  02.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Диабетическая ангиопатия артерий левой н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к слева, сенсомоторная форма. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. СПО (2016): ампутация пр голени на уровне средней трети.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, учащенный ночной диурез, редкие гипогликемические состояния до 1р/мес ночью и на фоне физ нагрузок днем, ухудшении памяти, фантомные боли в правой н/к, похолодание в обеих н/к, периодически боли в поясничном отделе позвоночника. .

Краткий анамнез: В 2015 установлено нарушение толерантности к глюкозе. Проводился тест на толерантность к углеводам (6,9-11,2-9,7 мммоль/л.) В 2016 был установлен диагноз СД тип 2, однако в связи с наличием по /раны (08.2016 ампутация с/3 пр бедра по оводу травмы), получал Фармасулин НNP, Фармасулин Н 4р/сут. В 2017 в связи с отсутствием эффективности ССП диагноз был изменен на СД тип 1, средней тяжести. 20.07.17 С-пептид – 0,52 ( 0,69-2,45) Течение стабильное комы отрицает. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-16 ед., п/о-10 ед., п/у-8 ед., Фармасулин НNP 22.00 – 24-26 ед.(дозы инсулина самостоятельно увеличил в течении последних 2 мес). Последнее стац. лечение в 2017г. состояние ухудшилось после погрешности в питании 16.09.18 усилились вышеописанные жалобы, при обращении в ЗОЭД выявлена ацетонурия 1+. Сахар крови 18,3 ммоль/л, Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: 08.20146г-ампутация прав.голени на уровне с/з ( по поводу крупнооскольчатого перелома, тромбоза сосудов правой н/к). В анамнезе ДДПП ПОП, грыжа L2 справа, протрузия L4-L5, Вертеброгенная люмбалгия с 2013г.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 21.09 | 142 | 4,3 | 6,5 | 16 | |  | | 1 | 2 | 71 | 23 | | 3 | | |
| 24.09 |  |  |  | 16 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 114 | 4,72 | 1,35 | 1,35 | 2,75 | | 2,5 | 3,1 | 80 | 17,8 | 4,0 | 3,1 | | 0,48 | 0,54 |
| 24.09 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,3 | 2,6 | 4,3 | | 0,18 | 0,49 |

20.09.18 К – 3,77 ; Nа –139 Са++ 1,14- С1 -106 ммоль/л

20.09.18 ТТГ 0,57 (0,4-4,0) Мк МЕ/мл, АТ-ТПО< 10,0 (< 50,0) МЕ/мл

19.09.18 ацетон 1+

### 20.09.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. – ум; эпит. перех. –ед в п/зр мочевая кислота

С 23.09.18 ацетон – отр

24.09.18 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 27.09.18 Микроальбуминурия –43,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.09 |  |  | 8,2 | 3,9 |  |
| 20.09 | 10,8 | 12,8 | 4,9 | 12,0 | 17,5 |
| 21.09 2.00-12,7 | 11,4 | 11,9 | 9,9 | 16,2 |  |
| 23.09 | 10,4 | 13,3 | 8,9 | 8,7 | 9,2 |
| 24.09 |  |  |  | 11,2 |  |
| 25.09 | 16,8 | 10,9 | 8,3 | 10,8 |  |
| 29.09 2.00-7,5 | 9,0 | 8,04 | 10,7 | 11,3 | 9,0 |
| 01.10 | 5,5 |  | 7,3 | 9,4 | 6,1 |
| 02.10 2.00-6,8 | 8,2 |  |  |  |  |

21.09.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 В макулярной области без особенностей.

19.09.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

19.09.18 ФГ ОГК№ 114741 без патологии.

26.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

19.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

25.09.18РВГ: Проведение РВГ не показано из-за ампутационной культи в/3 бедра

28.09.18 Допплерография:, ЛПИ слева – 1,0.

19.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V =6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, атоксил, щелочное питье, тиолипон, ксилат, натрия хлорид 0,9%, р-р Дарроу, р-р рингера, глюкоза 5%, калия хлорид 7,5% тивомакс, лесфаль,

Состояние больного при выписке: Явления кетоацидоза купированы, сухость во рту, жажда не беспокоит, гипогликемические состояния не отмечаются, гликемия в пределах субкомпенсированых значений. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 22-24ед., п/о-8-10 ед., п/уж -5-7 ед., Фармасулин НNP 22.00 22-24 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 2р/д 1 мес, неогбаин 75 мг 1т 2р/д 1 мес. плестазол 100 мг 1т 1р/д длительно.
8. Б/л серия. АДЛ № 177751 с 19.09.18 по 02.10.18 к труду 03.10.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.