#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1236

##### 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 21.09.18 по  11.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. старая отслойка сетчатки OS Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма СПО (29.08.18) вскрытие флегмоны пр стопы. Послеоперационная рана в стадии регенерации. Длительно незаживающая троф язва пр стопы 1 ст по Вагнеру в стадии регенерации. Артропатия плюснефаланговых суставов. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. МКБ ,конкремент правой почки. САГ 1 ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, сукровичное отделяемое из послеоперационной раны, периодически чувство тяжести в сердце

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г.(в 13 летнем возрасте) с того же времени инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ: Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, неоднократно кетоацидотические, последнее в 11.2017. Комы отрицает. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 20-22ед., п/о-14-16 ед., п/у-14 ед., Протафан НМ 22.00 30 ед, Гликемия –9,0-20,0 ммоль/л. НвАIс – 9,5 % от09.2018 Последнее стац. лечение в 2017г В 2013 флегмона пр. стопы, вскрыта в хирургическом отд. 2-й ГБ. В послеоперационном периоде на подошвенной поверхности правой стопы сформировался длительно незаживающий раневой дефект. 29.08.18 госпитализирован ургентно в ОКБ, произведено вскрытие флегмоны правой стопы. В связи с гипергликемией госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 24.09 | 128 | 3,8 | 6,6 | 33 | |  | | 1 | 2 | 64 | 28 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.09 | 95 | 4,43 | 1,08 | 1,94 | 1,99 | | 1,2 | 4,1 | 94 | 10,2 | 2,4 | 2,5 | | 0,22 | 0,35 |

26.09.18 Глик. гемоглобин -9,0 %

26.09.18 Анализ крови на RW- отр

03.10.18 АЧТЧ – 27 МНО 0,96 ПТИ 14 фибр 3,8

24.09.18 К 4,85 ; Nа 139 Са++ 1,18- С1 -106 ммоль/л

### 24.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

26.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -7500 белок – 0,176

03.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 500 белок – 0,047

24.09.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,38

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.09 | 4,0 | 7,0 |  | 4,7 | 4,9 |
| 25.09 | 12,5 | 7,7 | 4,6 | 5,1 | 6,7 |
| 28.09 | 2,6 | 7,2 | 3,7 | 3,6 | 7,1 |
| 29.09 2.3,0 | 2,9 | 4,6 | 8,1 | 17,1 | 21,2 |
| 01.10 2.00-14,2 |  | 15,5 | 5,5 | 6,4 | 10,9 |
| 02.10 | 13,5 |  |  |  |  |
| 03.10 | 14,1 |  |  |  |  |
| 04.10 | 7,6 | 2,5 | 5,2 | 7,5 | 12,0 |
| 07.10 | 15,9 | 3,5 | 3,2 | 5,0 | 3,1 |
| 08.10 2.00-3,9 | 3,8 | 2,5 |  | 2,4 | 7,8 |
| 10.10 | 9,3 | 3,9 | 3,2 | 3,5 | 8,8 |

2017.Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

26.09.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= счет пальцев ОД сосуды умеренно извиты, А:В 1-2 вены уплотнены, микроаневризмы. В макуле переливчатость. ОД - в хрусталике переливчатость гл. дно плохо просматриваются Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. старая отслойка сетчатки OS

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

01.10.19Кардиолог: САГ 1 ст. рек: ЭХОКС, карведилол 12,5 мг 1-2 р/д контроль АД, ЧСС

08.10.18 нефролог ХБП I ст. Диабетическая нефропатия. МКБ ,конкремент правой почки.

01.10.19 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма СПО (29.08.18) вскрытие флегмоны пр стопы. Послеоперационная рана в стадии регенерации. Длительно незаживающая троф язва пр стопы 1 ст по Вагнеру в стадии регенерации. Артропатия плюснефаланговых суставов.

20.10.18 УЗИ почек: эхопризнаки наличия конкрементов в почках без нарушения урокинетики, диффузных изменений в паренхиме правой почки,

21.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8 см3; лев. д. V =5,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая в целом однородная . в левой доле единственный расширенный фолликул 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: расширенный фолликул левой доли.

28.09.-02.10.18 Мониторирование глюкозы устройством Ipro: при совмещении ежедневных графиков отмечалось снижение гликемии ниже целевого диапазона 14%, в пределах целевого – 27%, выше целевого – 59%. При совмещении графиков во время приема пищи гликемия ниже целевых значений 25%, выше – 75%. На фоне введения одинаковых доз инсулина отмечается вариабельность гликемии от 3 до 14,2 ммоль/л. Отмечает резкое снижение глюкозы крови на фоне незначительных физических нагрузок ( прогулка)

Осмотр в составе комиссии Гл. врач Черникова В.В. Зав. отд. Еременко Н.В. Леч. врач Севумян К.Ю. учитывая невозможность достичь компенсации на генно-инженерных видах инсулинов, наличия тяжелых сосудистых осложнений рекомендовано перевести пациента на Новорапид, Левемир.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Новорапид, Левемир, веселдуэф, эспалипон, эналаприл, перевязки.

Состояние больного при выписке: сохраняется неустойчивая гликемия, улучшились показатели гликемии, гликемический профиль стал ровнее, но периодически сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. со стороны п/операицонной раны положительная динамика, данных за воспалительной процесс нет, трофическая язва активно гранулирует, отмечается активная краевая эпителизация. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга 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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 8-10ед., п/о-8-10 ед., п/уж 10-12 ед., Левемир 22.00 24-26 ед.

Титрация дозы под наблюдением эндокринолога по м/ж до достижения целевой гликемии натощак.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.
5. Рек. нефролога: диета с ограничением соли, достаточный питьевой режим, канефрон 2т 3р\д 1 мес 3-4 курса в год.
6. Рек хирурга: продолжить обработку п/о раны перекисью водорода, бетадином, грануфлекс на троф. язву 1р в 2 дня.
7. Контроль ОАК, ОАМ в динамике.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.