#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 538

##### Ф.И.О: Цыганок Александр Леонидович

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Запорожье, ул. Парамонова 1/33

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 17.04.14 по 29.04.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Частичная воскулярная атрофия зрительного нерва ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш ст, Диаб. ангиопатия артерий н/к IV. Трофическая язва лев стопы. Ампутация в/3 пр бедра справа. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. ДЭП II, сочетанного генеза. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2007 инсулинотерапия. В 12.2008 – ампутация 1п. пр стопы по поводу гангрены. 01.2010 ампутация IV, V п пр по поводу остеомиелита, VI 2012 ампутация в/3 пр бедра по поводу гангрены. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 40ед., п/у- 30ед. Гликемия –11,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение 6 лет. Повышение АД в течение 30 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.04.14 Общ. ан. крови Нв –166 г/л эритр –5,0 лейк –5,2 СОЭ –47 мм/час

э- 1% п- 0% с- 62% л-34 % м- 3%

18.04.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –7,35тригл -2,78 ХСЛПВП – 1,08ХСЛПНП – 5,0Катер -5,8 мочевина –7,6 креатинин –107 бил общ –8,8 бил пр –2,2 тим –3,0 АСТ –0,36 АЛТ – 0,37 ммоль/л;

18.04.14 Амилаза -49 (до 90)

18.04.14 К – 3,6 Na -139 ммоль/л

18.04.14 Коагулограмма: вр. сверт. –13 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр – 4,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4\*10-4

21.04.14 фиброген 5,0 г/л

### 18.04.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –5-6 эрит 4-5в п/зр белок – 2,08 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ум в п/зр

25.04.14 Проба Реберга: Д- 1,6л, d-1,11 мл/мин., S-2,13 кв.м, креатинин крови-101 мкмоль/л; креатинин мочи-7085 мкмоль/л; КФ-63,2 мл/мин; КР- 98,2 %

19.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр -5000 цил 1 в кам белок – 1,3

25.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 1000- эритр - 4000 белок – 1,25

19.04.14 Суточная глюкозурия – 0,62 %; Суточная протеинурия – 1,94

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 17.04 |  | 4,9 | 6,3 | 9,3 |  |
| 18.04 | 5,6 | 4,8 | 5,4 | 4,3 | 5,4 |
| 20.04 | 4,7 | 8,9 | 8,8 | 5,0 |  |
| 22.04 | 4,8 | 5,8 | 7,4 | 5,6 |  |
| 24.04 | 5,3 | 8,4 | 8,1 | 3,5 |  |
| 26.04 | 5,6 | 4,9 | 4,2 | 9,3 |  |
| 27.04 | 5,5 | 10,6 | 6,9 | 3,4 |  |

18.04Невропатолог: ДЭП II, сочетанного генеза. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIIст, сенсомоторная форма. Трофическая язва лев стопы. Ампутация в/3 пр бедра справа.

18.04.14Окулист: осмотр в ОИТ

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН в ОД монотонный, границы завуалированы. В OS: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Частичная васкулярная атрофия зрительного нерва ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.04ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка с признаками «перегрузки».

25.04.14 Хирург: диабетическая ангиопатия ХН IV, трофическая язва левой стопы.

17.04Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IV, ампутационная культя пр н/к, трофическая язва лев. стопы.

17.04Р-гр лев стопы в 2х проекциях: без признаков деструкции обызвествление мелких тканей по ходу сосудов.

Лечение: Ново-пасит адаптол, бисопролол, торвакард, афоксин, индап, небилет, окювайт, квинакс, офлоксин, тиоктацид, актовегин, витаксон, Хумодар К 25100Р, фенигидин, берлитион, луцетам, папаверин, нейробион

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 150/90 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-40-42 ед., п/уж – 24-26ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р в 3 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. Рек. кардиолога: бисопролол 10 мг или небилет 5 мг, индап 2,5 мг. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 10 мг 2р/д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл врач Черникова В.В.