#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1351

##### Ф.И.О: Мудрик Василий Михайлович

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Энергодар, ул. Комсомольская 55,

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 29.10.14 по 07.11.14 в энд. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хр. дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш. Трофические язвы н/к. ампутация V-IV пальца левой стопы. ДЭП II сочетанного генеза. Диаб. ангиопатия артерий н/к III ст. Посттромботическая болезнь н/к. ХВН II, состояние декомпенсации, язвенная форма. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Очень высокого риска. СН 1 ФК.1. Ожирение II ст. (ИМТ36,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, длительно не заживающие трофические язвы н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, софор). С 01.2014 произведена ампутация IV пальца – V пальца левой стопы. С этого же периода назначена инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 18ед., п/о- 18ед., п/у-10 ед., 22.00 10 ед. Гликемия –10-12 ммоль/л. ПТФС с 1990г, в течении 10 лет отмечает длительно не заживающие язвы обеих н/к. Боли в н/к в течение 24 лет. 1999, 1992 – сосудистые операции по поводу ПТФС. Повышение АД в течение 10 лет. Принимает эналаприл 5мг 2р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.10.14 Общ. ан. крови Нв – 108 г/л эритр – 3,3 лейк –4,0 СОЭ – 39мм/час

э- 2% п-8 % с- 61% л- 28 % м- 1%

30.10.14 Биохимия: хол –5,41 тригл -1,97 ХСЛПВП -1,18 ХСЛПНП -3,3 Катер -3,6 мочевина –7,3 креатинин – 119 тим –1,07 АСТ –0,69 АЛТ –0,24 ммоль/л;

29.10.14 Амилаза -120 моль/л

39.10.14 Гемогл – 125 ; гематокр –0,41 ; общ. белок – 75 г/л; К – 6,2 ; Nа –154 ммоль/л

30.10.14 Коагулограмма: вр. сверт. –12 мин.; ПТИ – 94 %; фибр – 4,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4\*10-4

31.10.14 Проба Реберга: Д- 2,6л, d-1,8 мл/мин., S-2,35 кв.м, креатинин крови-140,4 мкмоль/л; креатинин мочи-5340 мкмоль/л; КФ- 50,39мл/мин; КР- 93,42 %

30.10.14 К -5,1 ммоль/л

### 29.10.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – густо на всё п/зр белок – 1,6 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ум в п/зр

### 31.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

30.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - 1000 белок – 0,746

31.10.14 Суточная глюкозурия – 0,49 %; Суточная протеинурия – 1,99

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 |
| 29.10 |  |  | 17,2 | 7,6 |
| 31.10 | 8,1 | 10,1 | 4,0 | 5,3 |
| 02.11 | 7,2 | 11,1 | 6,4 | 5,0 |
| 03.11 | 6,8 | 9,6 | 3,5 | 4,1 |
| 04.11 | 6,8 | 8,7 | 4,4 | 3,5 |
| 05.11 | 6,3 | 9,5 | 7,4 | 7,7 |
| 06.11 | 6,4 | 8,7 | 5,1 | 7,7 |

30.10.14Невропатолог: ДЭП II сочетанного генеза. Хр. дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш Трофическая язва н/к. ампутация V-IV пальца левой стопы.

30.10.14Окулист: (осмотр в ОИТ)

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Единичные микроаневризмы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.10.14ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

05.11.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к III ст. Посттромботическая болезнь н/к. ХВН II, состояние декомпенсации, язвенная форма.

29.10.14 Хирург: Диабетическая ангиопатия н/к, ПТФС, правой н/к, трофические язвы обеих голеней. СПО экзартикуляция IV-Vп левой стопы.

30.10.14 Осмотр врача энд. каб диаб. стопы Гура Э. Ю. : Диабетическая ангиопатия н/к, ПТФС, правой н/к, трофические язвы обеих голеней. СПО экзартикуляция IV-Vп левой стопы.

29.10.14Р-н левой стопы:в 2х проекциях определяются культи IV-V пальца на уровне дистальной части плюсневых костей. Деструктивных изменений не выявлено.

30.10.14 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН1.

04.11.14 Осмотр асс каф терапии Ткаченко О.В. Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хр. дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш Трофические язвы н/к. ампутация V-IV пальца левой стопы. ДЭП II сочетанного генеза. Диаб. ангиопатия артерий н/к III ст. Посттромботическая болезнь н/к. ХВН II, состояние декомпенсации. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Очень высокого риска. СН 1 ФК.1. Ожирение II ст. (ИМТ36,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

29.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,7см3; лев. д. V = 8,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, фенигидин, эналаприл, цефтриаксон в/в, перевязки с раствором диоксизоля.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, ангиохируга, хирурга, кардиолога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р, п/з 20ед., п/о 12ед., п/уж 10 ед., Хумодар Б100Р 22.00 12-14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес. креатинина, мочевины, УЗИ почек в динамике.
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 ангиохирурга: пентосан 100 мг в/в кап № 10, л-лизин 5,0 в/в кап № 10, веносмин по 1т 3р\д 3 мес, серрата по 2т 2р\д 2 мес, асофен 80 мг 1р\д 1 нед. Перевязки с гентаксаном
8. Рек асс каф терапии Ткаченко О.В: амлодипин 5 мг 1р/д, эналаприл 10 мг 2р\д, кардиомагнил 75 г на ночь, прием препаратов железа, ограничение белка с пищей. ЭХОКС по м/ж.
9. Рек. невропатолога: препарата а-липоевой к-ты (берлитион / диалипон / тиогамма турбо) 600 мг/сут № 10, актовегин 20,0 в/в № 10,преп. витамины гр В, сермион 4 мг в/м № 10 затем 30 мг утр. 1 мес.
10. Контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год.
11. Рек кардиолога: нолипрел форте (эналаприл 5-10 мг 2р/сут) по 1т 1р\д Контр АД.
12. Рек хирурга: в хирургическом лечении в настоящее время не нуждается. Перевязки с раствором диоксизоля на область трофических язв обеих н/к.
13. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.