#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1198

##### Ф.И.О: Вегбиев Изет Ильясович

Год рождения: 1957

Место жительства: г. Мелитополь, ул. Пионерская 37

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 29.09.14 по 09.10.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП I ст Диабетическая нефропатия IV ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, смешанная форма ( ампутация Ш-V пальцев левой стопы). Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХН II ст. Трофическая язва 1 пальца правой стопы. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз НФП -1 ст. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, АД макс. 130/90 мм рт.ст., трофическая язва 1п правой стопы, общую слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. во время лечения в хир. отд. по поводу сухой гангрены левой стопы. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-8ед., п/о- 8ед., п/у- 8ед., Протафан НМ 22.00 – 10 ед. ( со слов больного данный вид инсулина приобретает самостоятельно) В направлении от рай эндокринолога указан Хумодар РР и Хумодар БР. Гликемия –7-8 ммоль/л. Боли в н/к в течение 5 лет. Трофическая язва павой стопы 1,5-2 года. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.09.14 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр –4,2 лейк – 7,0 СОЭ – 5 мм/час

э-5 % п- 1% с- 50% л- 39% м-5 %

30.09.14 Биохимия: СКФ –114,3 мл./мин., хол – 5,3тригл -4,0 ХСЛПВП -0,77 ХСЛПНП – 2,71Катер -5,9 мочевина –5,5 креатинин – 80,4 бил общ –16,1 бил пр –4,0 тим –4,4 АСТ – 0,57 АЛТ –1,28 ммоль/л;

03.10.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

### 30.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-3 в п/зр белок – 0,037 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

01.10.14 Суточная глюкозурия – 2,06%; Суточная протеинурия – 0,033

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.09 |  |  |  | 9,5 | 8,1 |
| 30.09 | 6,4 | 9,1 | 9,7 | 6,8 |  |
| 02.10 | 7,5 | 9,0 | 6,5 | 11,9 |  |
| 03.10 |  |  |  | 8,7 |  |
| 04.10 |  |  |  | 9,1 |  |
| 05.10 | 5,5 | 7,4 | 10,1 | 9,3 |  |
| 07.10 |  |  | 6,3 |  |  |

02.10.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, смешанная форма ( ампутация Ш- V пальцев левой стопы). Трофическая язва 1 пальца правой стопы.

30.09.Окулист: VIS OD= 1,0 OS= анофтальм. Энуклеация OS после травмы в 1975г.

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

29.09.14ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

01.10Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.10.14Гастроэнтеролог: Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз НФП -1 ст.

РВГ: Нарушение кровообращения справа -III ст. слева – IVст.

08.10.14 ФГ№ 81630: признаки пневмофиброза с обеих сторон. Корни малоструктурны, сердце б/о.

30.09.14 На р-гр пр стопы признаки субхондрального склероза, перестройка костной ткани, характерно для ДОА 1 плюснефалангового сустава и в межфаланговых суставов.

01.10.14 Хирург: Диабетическая ангиопатия н/к ХН II. трофическая язва 1п. правой стопы.

06.10.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст с увеличением её размеров, перегиба желчного пузыря в н/3 и в/3 тела, застоя в желчном пузыре.

01.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,1см3; лев. д. V = 5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма турбо, актовегин, витаксон, стеатель.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/60мм рт. ст. Трофическая язва в стадии заживления.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-12 ед., п/о- 12ед., п/уж -10ед., Протафан НМ 22.00 10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Эналаприл 2,5-5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
10. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, урсохол 2к на ночь – 3 мес, галстена 10к 3р/д за 30 мин до еды или ч/з 1 час после еды, смарт омега 1т 1р/д во время еды 1 мес.
11. Рек. хирурга: Продолжить перевязки на обл трофической язвы 1п правой стопы с йоддицирином.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.