#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 251

##### Ф.И.О: Плюйко Петр Иванович

Год рождения: 1958

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка, ул. 40 лет победы 3, 58

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 20.02.15 по 02.03.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулярный отек ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Трофическая язва правой стопы. ДЭП II, с-м вестибулопатии. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость, жажду, ухудшение зрения, увеличение веса на 10 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з-30 ед., п/у- 20ед, Инсуман Рапид п/з – 18 ед, п/у – 12 ед. Гликемия –7-8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.02.15 Общ. ан. крови Нв – 144 г/л эритр –4,3 лейк –6,4 СОЭ –2 мм/час

э- 1% п- 4% с- 55% л- 38% м- 2%

21.02.15 Биохимия: СКФ –136,7 мл./мин., хол 6,09мочевина – 3,1 креатинин – 77 бил общ – 12,8 бил пр –3,1 тим – 1,29АСТ – 0,57 АЛТ – 0,62ммоль/л;

21.02.15 амилаза – 26,3

20.02.15 Гемогл – 172 ; гематокр – 0,49; общ. белок –76 г/л; К – 4,1 ; Nа –150 ммоль/л

21.02.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 96,2%; фибр –3,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93%; св. гепарин – 6\*10-4

22.02.15 Проба Реберга: Д- 0,9л, d-0,62 мл/мин., S-2,31 кв.м, креатинин крови-80,4 мкмоль/л; креатинин мочи- 8520 мкмоль/л; КФ-49,2 мл/мин; КР- 98,7 %

### 21.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр;

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

##### 25.02.15 Микроальбуминурия – 103,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.02 |  | 4,0 | 11,4 | 10,3 |
| 21.02 | 5,8 | 7,6 | 9,0 | 9,8 |
| 22.02 | 4,8 | 4,8 | 4,6 | 5,4 |
| 23.02 | 6,2 | 9,2 |  |  |
| 25.02 | 7,4 | 9,4 | 7,8 | 7,9 |

20.02.15Невропатолог: ДЭП II, с-м вестибулопатии. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

20.02.15Окулист: VIS OD= 0,1 с кор0,4 OS= 0,4 с кор 0,7

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

20.02.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось вертикальная. Позиция полувертикальная. Неполная блокада ПНПГ.

26.02.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

12.02.15Хирург: диабетическая ангиопатия н/к ХИ II ст.. Трофическая язва правой стопы.

24.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.02.РВГ: Нарушение кровообращения справа II -III ст. слева – II, тонус сосудов N. Затруднение венозного оттока справа.

24.02.15 Осмотр ас каф. терапии Ткаченко О.В. диагноз см. выше.

20.02.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8 см3; лев. д. V = 6,3 см3

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

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман рапид, окювайт, офтан катахрон, актовегин, эналаприл, нейрорубин, трайкор, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Трофическая язва в стадии заживления.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-30 ед., п/уж - 20ед., Инсуман Рапид п/з -18 ед, п/у – 12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 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: эналаприл 10 мг 2р\д.
8. Рек асс каф. Ткаченко О.В.: кардиомагнил 1 т. вечер. Заменит эналаприл на диротон 5-10 мг 2р\д.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, окювайт комлпит 1т.\*1р/д., трайкор 1т 1р/д,, кальция добезилат 1т 3р\д.
11. Рек хирурга: продолжить перевязки на обл трофический язвы с гентаксаном.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.