#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 308

##### Ф.И.О: Аксёнов Геннадий Митрофанович

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье, ул. Вагонная д-4

Место работы: пенсионер, инв II гр.

Находился на лечении с 03.03.15 по 12.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. трофические язвы обеих голеней. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза цереброастенический с-м, вестибуло-атактический с-м. ИБС, постинфарктный кардиосклероз (2000), персистирующая форма фибрилляций предсердий. СН II А-Б. ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение Ш ст. (ИМТ 42кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/110 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 16-18ед., п/у-16-18 ед., Хумодар Р100Р п/з 6 ед, п/у – 6 ед. Гликемия –10,0-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. 2011 – ампутация ногтевой фаланги 1п левой стопы. 12.2012 – II п левой стопы. Протеинурия с 2012. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.03.15 Общ. ан. крови Нв – 136 г/л эритр – 4,3 лейк –5,3 СОЭ – 9 мм/час

э- 1% п- 1% с- 58% л- 32 % м- 8%

04.03.15 Биохимия: СКФ –84,82 мл./мин., хол –5,4 тригл -1,58 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -3,42 Катер -3,3 мочевина –7,9 креатинин –162 бил общ –33,3 бил пр – 12,7 тим – 4,2 АСТ – 0,34 АЛТ – 0,40 ммоль/л;

10.03.15 мочевина – 7,6 креатинин – 160,8 бил общ – 27,0 бил пр – 7,3 тим – 3,7 АСТ – 0,21 АЛТ – 0,24.

05.03.15 Коагулограмма: ПТИ – 88,2 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6\*10-4

### 04.03.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – 0,612 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

06.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - 1000 белок – 0,206

05.03.15 Суточная глюкозурия –1,2%; Суточная протеинурия – 0,914

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.03 | 8,2 | 11,2 | 13,3 |  |
| 05.03 |  |  |  | 11,4 |
| 07.03 | 9,1 | 8,9 | 7,9 |  |
| 12.03 | 11,4 |  |  |  |
| 14.03 | 8,2 | 7,1 | 8,5 | 7,5 |

06.03.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. трофические язвы обеих голеней. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза цереброастенический с-м, вестибуло-атактический с-м.

04.03.15Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,6

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

04.03.15 ФГ ОГК№ 85196: легкие без инфильтрации. Корни малоструктурны, сердце – увеличены лев. отделы.

03.03.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо. Рубец по задней стеке. Гипертрофия левого желудочка.

03.03.15Кардиолог: ИБС, постинфарктный кардиосклероз (2000), персистирующая форма фибрилляций предсердий. СН II А-Б. ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

03.03.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.03.15 УЗИ ОБП: Эхопризнаки увеличения печени, хронического калькулезного холецистита, солевого диатеза, кисты левой почки.

05.03.15 УЗИ грудных железы: В околососковой области визуализируется жировая ткань: справа слоем 4,15 слева – 3,99 см. Очаговых образований не выявлено. Регионарные лимфоузлы не визуализируются.

05.03.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,7 см3; лев. д. V = 7,8 см3

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

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, перевязки Н2О2 с гентаксаном, карведилол, трифас, эналаприл, торсид, верошпирон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, сохраняется отечность н/к. Больной периодически нарушал режим отделения, уходил без предупреждения мед. персонала. От перевода на дробную схему инсулинотерапию, в связи с тяжестью состояния, отказался. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-10-12 ед., п/уж 6-8- ед.,

Хумодар Б100Р п/з 20-22 ед п/у 20-22 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: карведилол 12,5мг утр., верошпирон 25 мг утром, трифас 20 мг 1р\д,

кардиомагнил 75мг 1т. веч., эналаприл 20 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, ноотропил 10,0 в/в стр № 10.
2. УЗИ щит. железы 1р. в год. АТТПО, ТТГ с послед. конс эндокринолога.
3. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
4. Рек. хирурга перевязки Н2О2, с гентаксаном.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.