#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 529

##### Ф.И.О: Двадненко Виталий Иванович

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Энергодар ул. Строителей 40-54

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.04.15 по 05.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Начальная катаракта ОИ Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулодистрофия ОД. Эпиретинальная мембрана ОД. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДЭП 1, сочетанного генеза. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ II ст. Трофические язвы II-IV п правой стопы. ИБС, постинфарктный кардиосклероз (2012), состояние после АКШ (2012). Неполная блокада ПНПГ. Миграция водителя ритма. АВ блокада 1 ст. СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Риск. Узловой зоб 1ст, узел левой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, шаткость при ходьбе, пекущие боли в стопах, слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В связи со стойкой декомпенсацией с 2009 назначена инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р. В 2012 переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 26ед., п/у- 24ед., Фармасулин НNР п/з – 48 ед, п/у – 44 ед. Гликемия –10,9-11,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. С 04.2015 отмечаются трофические нарушения II, Ш, IV пальца правой стопы после самостоятельно обрезания ногтей. Повышение АД в течение 3 лет. Смешанный зоб, эутиреоз с 2014. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.04.15 Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр –4,4 лейк 4,6– СОЭ –18 мм/час

э- 2% п- 1% с- 59% л- 34 % м- 4%

21.04.15 СОЭ – 18 ед

17.04.15 Биохимия: СКФ –62,52 мл./мин., хол – 5,5тригл – 4,27ХСЛПВП -0,78 ХСЛПНП -2,8 Катер -6,0 мочевина –8,7 креатинин – 144 бил общ – 11,2 бил пр –2,8 тим – 1,9 АСТ –0,74 АЛТ – 1,44 ммоль/л;

22.04.15 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

17.04.15ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/л

17.04.15 К – 4,3 ; Nа –133 Са – 2,04 ммоль/л

### 17.04.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –4-6 в п/зр белок – 0,900 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

20.04.15 кал н я/г - отр

21.04.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -500 белок – 0,625

20.04.15 Суточная глюкозурия отр; Суточная протеинурия – 1,37

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.04 | 11,7 | 13,4 | 12,4 | 9,8 | 9,5 |
| 19.04 | 9,2 | 10,9 | 7,5 | 3,9 | 5,9 |
| 20.04 |  |  | 4,6 | 6,7 |  |
| 22.04 | 6,2 | 15,4 | 9,4 | 9,7 |  |
| 24.04 | 11,3 | 11,2 | 9,8 | 12,0 |  |
| 26.04 | 9,3 | 12,1 | 9,6 | 7,1 |  |
| 01.05 | 6,0 | 9,3 | 7,1 | 8,5 |  |
| 03.05 | 6,0 | 7,1 | 5,0 | 6,8 |  |
| 04.05 | 7,6 |  |  |  |  |

21.04.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДЭП 1, сочетанного генеза.

17.04.15Окулист: Осмотр в палате

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, экссудаты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Д-з: Начальная катаракта ОИ Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулодистрофия ОД. Эпиретинальная мембрана ОД.

17.04.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм предсердный, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Рубец по задней стенке. АВ блокада 1 ст. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

30.04.15ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Рубец по задней стенки Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст. Дистрофические изменения миокарда.

22-27.04.15Кардиолог: ИБС, постинфарктный кардиосклероз (2012), состояние после АКШ (2012). Неполная блокада ПНПГ. Миграция водителя ритма. АВ блокада 1 ст. СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

16.04.15 на р- гр левой стопы в 2х проекциях деструктивных изменений не выявлено. Признаки артроза, межфаланговых суставов и в плюснефаланговых суставах.

17.04.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.04.15 Хирург: Диабетическая ангиопатия. Хроническая ишемия II ст. Трофическая язва Ш п. правой стопы

17.04.15РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

21.04.15Осмотр асс. каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: СД тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая ангиопатия н/к, трофическая язва Ш п правой стопы ХИ II ст. ДЭ 1, сочетанного генеза. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма Начальная катаракта ОИ Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулодистрофия ОД. Эпиретинальная мембрана ОД. ХБП II ст. ДН IV ст. ИБС. П/инфарктный кардиосклероз. (2012), состояние после АКШ. Перситирующая форма фибрилляции предсердий. СН II А ф. кл Ш. Неполная блокада ПНПГ. Ожирение I ст. (ИМТ 29кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

29.04.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров без признаков портальной гипертензии, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

28.04.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,9 см3; лев. д. V = 7,7см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В лев. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,03 \*0,77 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, дигоксин, кардиостат, диалипон турбо, витаксон, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, амлодипин, верошпирон, розарт, дигоксин, сиофор – при приеме отмечал послабление стула, в связи с чем прекратил прием препарата, предуктал MR, аспирин кардио, торсид, пренесса.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшилась суточная доза инсулина. Компенсировать на Фармасулин Н, Фармасулин НNР не удавалось, сохранялась инсулинорезистентность, гипергликемия, в связи с чем комиссионо был переведен на Инсуман Рапид, Инсуман Базал.; уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 90 уд/мин. со стороны трофических нарушений положительная динамика: отделяемое отсутствует, сухие корочки, заживление вялое.

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 Рапид п/з- 42-44ед., п/о-18-20 ед., п/уж -14-16 ед., Инсуман Базал 22.00 52-55 ед.
4. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: аспирин кардио 1т 1р\сут, амлодипин 10 мг\сут, ко-пренесса 1т 1р/сут, отменить дигоксин.
9. Амлодипин 10 мг, кардиостат 6,25 мг, торсид 10 мг утром, верошпирон 50 мг утром, пренесса 8 мг веч, розарт 20 мг веч, аспирин кардио 1 т веч.
10. Диалипон 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.
11. Рек. невропатолога:, актовегин 10,0 в/в № 10.
12. ТАПБ узла щит. железы. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
13. Наблюдение хирурга по м/ж, продолжить перевязки.
14. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, трайкор 1т 1р/д., оптикс форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.