#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1615

##### Ф.И.О: Чмыхал Олег Павлович

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Энергодар ул. Набережная 59

Место работы: н/р, инв 1 гр,

Находился на лечении с 17.11.17 по 28.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. субкомпенсации. ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. Програмный гемодиализ. Анемия. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Угроза тракционной отслойки сетчатки, множественные ретинальные кровоизлияния, осложненная катаракта ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. С-м диабетической стопы 1 ст. смешанная форма. длительно не заживающие трофические язвы обеих стоп 1 ст по Вагнеру в ст. регенерации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 4). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. ИБС: диффузный кардиосклероз. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. СН II А.

Жалобы при поступлении на общую слабость, снижение чувствительности в ногах до колен, наличие трофических язв на подошвах обеих стоп, онемение в ногах, повышение АД макс до 200/100 мм.рт.ст, периодически нарушение сердечного ритма.

Краткий анамнез: СД, со слов больного, с 2015г. По данным выписного эпикриза из т/о г. Энергодара от 2016 г, где находился с диагнозом О.гломерулонефрит, была выявлена гипергликемия 9,93 ммоль/л. В 2016г консультирован эндокринологом ЗОЭД, был выставлен СД, тип II, легкая форма, была рекомендована диетотерапия, арфазетин. В последующем пациент сахар крови не контролировал, диеты не придерживался, ССТ не принимал. В августе 2017 г состояние больного резко ухудшилось в связи с прогрессированием ХБП, находился в ОРИТ ЗОКБ. 12.09.17 был представлен на гемодиализную комиссию (№ 11076), получает програмный гемогиализ, со слов больного во время диализа эпизодически вводился инсулин. Гликемия 4,2-13,6 ммоль/л. Комы отрицает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора сахароснижающей терапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 20.11 | 94 | 2,8 | 4,2 | 60 | 2 | 2 | 58 | 37 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.11 | 17,8 | 3,87 | 1,77 | 1,0 | 2,05 | 2,8 | 9,1 | 439 | 11,8 | 2,6 | 9,7 | 0,43 | 0,64 |

20.11.17 Глик. гемоглобин – 6,1%

20.11.17 Анализ крови на RW- отр

24.1.117 инсулин – 7,7мк ЕД/мл (1,1-17,0) С-пептид- 6,19(0,69-2,45) нг/мл

20.11.17 К – 6,11 ; Nа –133 Са++ -1,17 С1 -106 ммоль/л

### 20.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –7-8-9 в п/зр белок – 2,28 ацетон –отр; эпит. пл. - у; эпит. перех. -ед в п/зр

22.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 1000 белок – 1,61

28.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - 1000 белок – 1,83

23.11.17 ОГТ С75 гр глюкозы 4,1 через2 часа – 5,4 ммоль/л

27.11.17 ОГТ С75 гр глюкозы 5,3 через2 часа – 6,0 ммоль/л

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.11 | 6,8 | 7,0 | 8,1 | 8,3 |
| 19.11 | 5,3 |  | 10,3 | 8,6 |
| 20.11 |  | 8,9 | 8,6 | 8,5 |
| 21.11 | 11,3 |  |  |  |
| 22.11 |  | 5,5 | 7,3 | 8,2 |
| 25.11 | 3,0 | 8,9 | 8,5 | 6,4 |

24.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

24.11.17 Окулист: VIS OD= 0,08 н/к OS= движение руки у лица Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: область ДЗН отечная с выраженной пролиферацией, неоваскуляризацией. В области макулы пролиферации. Слева – множественные кровоизлияния. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Угроза тракционной отслойки сетчатки, множественные ретинальные кровоизлияния, осложненная катаракта ОИ. Рек .конс. витреоретинального хирурга, интравитреальное введение гемазы на OS.

28.11.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

21.11.7 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

21.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. С-м диабетической стопы 1 ст. смешанная форма. длительно не заживающие троф. язвы обеих стоп 1 ст по Вагнеру в ст. регенерации.

16.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,4 см3; лев. д. V = 6,7см3

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

22.11.17 Консиллиум в составе нач.мед. Карпенко И.В., доц.каф.внутр.болезней-1 ЗГМУ Соловьюк А.О, зав.диаб.отд. Еременко Н.В., врач хирург Шимко В.В, леч.вр. Севумян К.Ю-диагноз и тактика ведения согласованы.

Лечение: амлодипин, Генсулин R, лиотон, Генсулин Н, перевязки с гентаксаном, бетадином, перекисью водорода.

Состояние больного при выписке: в связи с имеющейся у пациента ХБП V ст отмечается нормогликемия без введения инсулина, сохраняется общая слабость, в связи с тенденцией к гипотонии доза амлодипина уменьшена до 2,5 мг в сутки (АД 100/60-140/90 мм.рт.ст), трофические язвы на подошвенной части обеих стоп в стадии регенерации со значительной положительной динамикой, произведена аппаратная обработка гиперкератозов стоп.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, продуктов, богатых калием, гипохолестеринемическая диета.
3. В настоящее время в инсулинотерапии не нуждается, при уровне гликемии натощак более 7,5 ммоль/л и/или постпрадиальной гликемии более 10,0 ммоль/л госпитализация в эндокриндиспансер для подбора инсулинотерапии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3-6 мес.
5. Гипотензивная терапия: амлодипин 2,5 мг утром, лоспирин 75 мг 1 т вечером, контроль АД
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1к 2р/д. -1 мес
7. Соблюдение рекомендаций окулиста
8. Продолжить перевязки с гентаксаном, бетадином, ношение подокрректоров.
9. Продолжить програмный гемодиализ, контроль общ. ан крови и мочи, калия, показателей азотемии в динамике

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.