#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 48

##### Ф.И.О: Дудла Николай Петрович

Год рождения: 1961

Место жительства: Токмакский р-н, с. Остриковка, ул. Прибережненская 66

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.01.17 по 23.01.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия OД. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы Ш ст по смешанному типу. Трофические язвы левой стопы, Ш, IV; V п. правой стопы. Онихомикоз стоп. Гипертоническая болезнь II ст 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, отеки ступней, голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диаглизид 90 мг. Гликемия –14,4-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012 г. Трофическая язва подошвенной части левой стопы в течение 3 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.01.17 Общ. ан. крови Нв –131 г/л эритр – 3,9 лейк – 3,2СОЭ –9 мм/час

э- 1% п- 1% с- 52% л- 36% м- 10%

12.01.17 Биохимия: СКФ –62,6 мл./мин., хол –6,7 тригл -2,1 ХСЛПВП -1,7 ХСЛПНП -4,04 Катер -2,9 мочевина –8,2 креатинин –132 бил общ –17,2 бил пр –4,3 тим –1,62 АСТ – 0,38 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

12.01.17 К – 5,05 ; Nа – 142,8 Са – 1,82 Сl – 100,6 ммоль/л

### 12.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1037 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

16.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -25500 эритр -500 белок – отр

18.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

13.01.17 Суточная глюкозурия –5,7 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.01 | 11,8 | 14,8 | 12,8 | 13,9 |
| 15.01 | 12,2 | 13,8 | 13,8 | 16,6 |
| 18.01 | 9,6 | 12,2 | 7,8 | 7,9 |
| 22.01 | 7,7 | 9,7 | 11,2 | 13,2 |

11.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш ст, сенсомоторная форма

16.01.17Окулист: VIS OD= 0,3+0,5=0,5 OS= 0,3+0,75=0,4 ; ВГД OD= 17 OS=20

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые, границы четкие. пролиферативные изменения, множественные микроаневризмы, твердые экссудаты, сосуды сужены. OS – ДЗН бледно-розовый, гр .четкие, в макулярной области твердые экссудаты, сосуды сужены, вены полнокровны, единичные микроаневризмы Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия OД.

11.01.17ЭКГ: ЧСС 85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.01.17 На р- гр левой стопы в 2х проекциях признаки субхондрального склероза, деформации в 1х плюснефаланговых с-вах и в межфаланговых с-вах стопы.

11.01.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы Ш по смешанному типу. Трофическая язва левой стопы; Ш, IV; V п. правой стопы. Онихомикоз стоп.

12.01.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

16.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2 см3; лев. д. V =6,4 см3

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

Лечение: диаглизид, эналаприл, индапрес, тиоктодар, актовегин, мильгамма, Фармасулин НNP.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. трофическая язва левой стопы в стадии заживления, трофическии язвы III, IV, V п. правой стопы 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: Фармасулин НNР п/з- 26-28ед.,
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг веч.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Эналаприл 10 мг утром, индапрес 1т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. Рек. окулиста: ФАГ на ОД.
11. Рек хирурга: Наблюдение хирурга по м\ж продолжить обработку троф. язвы левой стопы р-ром бетадином, гентаксаном 1р в 2 дня. Ро терапия трофической язвы, аппаратная обработка кожи стоп, подбор ортопедической обуви.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В