#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1031

##### Ф.И.О: Маринченко Виталий Петрович

Год рождения: 1955

Место жительства: Ореховский р-н, пгт Камышеваха ул. Б хмельницкого 11

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 19.07.17 по 29.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. II ст С-м диабетической стопы смешанная форма, состояние после операции (2015) ампутация Ш п левой стопы. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, постинфарктный кардиосклероз (1996) СН 1. Начальная катаракта ОИ, Вторичная макулодистрофия ОД. Аллергический конъюнктивит ОИ.

Жалобы при поступлении на жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, периодически колющие боли в сердце, ухудшение слуха, общую слабость, быструю утомляемость, мочеизнурение в ночное время до 2-3 р.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. при обращение к хирургу в обл. поликлинику по поводу незаживающей раны левой стопы. Впервые обнаружена гипергликемия. Был госпитализирован в ЦРБ, где назначена инсулинотерапия. , Периодически лечился у хирурга ЦРБ по поводу длительно незаживающей раны левой стопы. В 09.2016- выполнена ампутация Ш п. левой стопы по поводу гангрены. Постоянно получал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 12ед., п/у- 12ед., Гликемия –3,8-4,2 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 20.07 | 154 | 4,6 | 9,6 | 5 | 1 | 2 | 48 | 47 | 2 |
| 27.07 | 156 | 4,7 | 7,3 | 10 | 1 | 0 | 64 | 33 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.07 | 75,4 | 3,72 | 21,43 | 1,02 | 2,04 | 2,6 | 7,2 | 117 | 9,8 | 2,0 | 1,9 | 0,23 | 0,25 |

20.07.17 Глик. гемоглобин – 7,1%

24.07.17 К – 4,5 Nа –147 Са - 1,14 Са++ - 1,14 С1 - 106 ммоль/л

### 20.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,049 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

24.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -39000 эритр -250 белок – 0,087

28.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр -белок – 0,026

24.07.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,086

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.07 | 7,9 | 7,3 | 6,4 | 6,3 |  |
| 23.07 | 5,7 | 9,4 | 8,8 | 9,2 |  |
| 27.07 | 7,8 | 9,4 | 5,4 | 6,2 |  |

24.07.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение рек: келтикан 1т 1р\д, актовегин 10,0+100,0 в/в

20.07.17 На р-гр левой стопы в 2х проекция определяется остеопороз, кистовидная перестройка костной ткани, культя Ш п. на уровне плюсневой кости без признаков деструкции, субхондральный склероз плюснефалангового сустава Hallus Valgus.

21.07.17 Окулист: VIS ОД 0,08 н/к OS 0,2сф – 0,5 =0,3

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II . В макуле постгеморрагический дистрофический очаг. ОИ по заднему полюсу множественные сливные друзы, тв. экссудаты, микроаневризмы – геморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ, Вторичная макулодистрофия ОД. аллергический конъюнктивит ОИ. Рек . хромофарм 1к 4-6 р/д,

19.07.17 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. рубец перегородочной области. Аневризма в области рубца.

12.07.17 Кардиолог: ИБС, п/инфарктный кардиосклероз (1996) СН 1.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

12.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. с-м диабетическойтсопы0 ст. смешанная форма. СПО (2016 ампутация Ш п левой стопы)хирургической патологии в данной момент нет.

19.07.17 8,4УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V =5,9 см3

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

Лечение: ципрофлоксацин, флуконазол, Хумодар Б100Р, кардиомагнил, тиогамма, мильгамма, тивортин, эссенциале, Генсулин Н

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. 130/90ст. Комиссионно, в связи с резким снижением зрения больной переведен на Генсулин Н. Согласно постановлению КМУ от 23.09.16 № 239 п.4 больному показано введение Генсулин Н в пенфильной форме. Выдана 1 шприц-ручка «Генсупен»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н (пенф) п/з- 12 ед., п/уж -12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Ципрофлоксацин 400 мг 1т 2р\д продлить до 10 дней, флуконазол 50 мг 1т\сут, затем канефрон 2т 3р\д 1 мес. Контроль ОАК, ОАМ.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В