#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 124

##### Ф.И.О: Шилин Владимир Васильевич

Год рождения: 1962

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. В. Знаменка ул. Ленина 643

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 23.01.18 по 05.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Начальная катаракта ОИ. Витреоретинальная тракция OS. ХБП III ст. Диабетическая, гипертензивная нефропатия IV ст. Хронический пиелонефрит, обострение. С-м диабетической стопы ст, смешанная форма, СПО (2010,2015 ампутация 1, II , Ш пальцев правой стопы). Трофическая язва подошвенной поверхности правой стопы 1 ст по Вагнеру в ст эпителизации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. Окклюзия ПББА с обеих сторон. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДЭП 1-II, смешанного генеза, цереброастенчиеский с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз, фибрилляций предсердий постоянная форма СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск ОРВИ

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Фармасулин НNP пенф п/з- 24ед., п/у- 22ед., Фармасулин Н пенф п/з 8 ед. Гликемия –6,8-15 ммоль/л. НвАIс – 9,4 % от 11.09.17 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД, нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий в течение 6 лет, принимает эналаприл 20 мг 2р/д, кардиомагнил 75 мг, бисопролол 5 мг 2р\д. 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 |
| 24.01 | 168 | 5,1 | 9,9 | 8 | 2 | 2 | 72 | 21 | 3 |
| 29.01 | 168 | 5,2 | 7,8 | 11 | 1 | 1 | 68 | 28 | 2 |
| 02.02 | 150 | 4,9 | 8,0 | 18 | 2 | 2 | 76 | 18 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 24.01 | 62,8 | 5,7 | 1,33 | 1,56 | 3,52 | 2,65 | 13,3 | 126 | 10,4 | 2,6 | 0,8 | 0,32 | 0,45 |
| 30.01 |  |  |  |  |  |  | 8,2 | 99 |  |  |  |  |  |

24.01.18 Глик. гемоглобин – 8,8%

26.01.18ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

24.01.18 К –4,88 ; Nа –137 Са++ - 1,17С1 – 101,6 ммоль/л

### 24.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 14-16 в п/зр белок – 0,438 ацетон –отр; эпит. пл. ум- ; эпит. перех. -ед в п/зр

25.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 36000 эритр - 500 белок – 0,334

02.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 8000 эритр -250 белок – 0,852

02.02.18 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – 0,51

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.01 | 112,3 | 11,5 | 12,2 | 11,8 |
| 26.01 | 7,9 | 12,6 | 14,3 | 10,7 |
| 27.01 | 12,3 | 15,6 | 12,8 | 16,2 |
| 28.01 | 7,3 | 9,9 | 9,6 | 11,9 |
| 30.01 | 7,1 | 12,5 | 6,5 | 5,9 |
| 31.01 |  | 7,7 |  |  |

24.01.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), ДЭП 1-II, смешанного генеза, цереброастенчиеский с-м.

24.01.18Окулист: VIS OD= 0,3 н/к OS= 0,3 н/к

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, множественные микрогеморрагии, твердые экссудаты, слева витрео-ретинальные тракции, фиброз. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Начальная катаракта ОИ. Витреоретинальная тракция OS.

24.01.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

24.01.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, фибрилляций предсердий постоянная форма СН 1.Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

24.01.18Хирург: С-м диабетической стопы ст, смешанная форма, СПО (2010,2015 ампутация 1, II , Ш пальцев правой стопы). Трофическая язва подошвенной поверхности правой стопы 1 ст по Вагнеру в ст эпителизации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст

31.01.18 Нефролог: ХБП III ст.: диаб., гипертензивная нефропатия. Инфекция мочевыводящих путей.

02.02.18 ЛОР: ОРВИ

24.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

30.01.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

23.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,1 см3; лев. д. V = 5,5 см3

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

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, азитромицин, бисопролол, пирацетам, эналаприл, магникор, аторвакор, офлоксацин, атоксил, цетрин, витаксон, нуклео ЦМФ, парацетамол

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, трофическая язва подошвенной поверхности пр. стопы эпителизирована. АД130/70 мм рт. ст. В настоящее время отмечается заложенность носа, першение в горле, Т тела 36,3. Отмечалась аллергическая реакция в виде крапивницы при применении офлоксацина. При отмене препарата явления крапивницы купированы. Заполнена карта побочных действий.

Рекомендовано:

1. Предложить лечение ОРВИ у семейного врача по м/ж.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, нефролога по м\жит.
3. Диета № 9, ограничение животного белка, соли в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
5. Инсулинотерапия: Фармасулин Н пенф п/з-12-14 ед., п/уж 4-6- ед.,Фармасулин НNP пенф п/з 28-30 ед, п/у 24-26 ед
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.. Контроль креатинина, мочевины, К, Na, общего белка в динамике.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Рек. кардиолога: добигартран 110 мг 2р/д или варфарин 2,5- 5 мг при возможности контроля МНО (целевой показатель 2,0), бисопролол 5-10 мг 1р\д, эналаприл 5-10 мг 2р/д, контроль АД
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 нефролога: проведение УЗИ МВС, предстательной железы, осмотр уролога.
12. Канефрон 2т 3р/д, 1 мес. Контроль ан. мочи по Нечипоренко в динамике через 1-2 нед.
13. Рек хирурга обработка профической язвы септилом 70%, солкосериловым гелем 1-2 р/д до полного заживления, наблюдение невропатолога, сосудистого хирурга.
14. Конс ангиохирурга п ом/ж или ЗОКБ ( в эндодиспансере отказался).

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.