#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1031

##### Ф.И.О: Ларин Николай Юрьевич

Год рождения: 1958

Место жительства: Бердянский р-н, пгт Андреевка, Микулы 51

Место работы: СБУ, зам. начальника

Находился на лечении с 12.08.13 по 23.08.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая диабетическая полинейропатия н/к II-IIIст, сенсорно-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к – облитерирующий атеросклероз артерий н/к, окклюзия передней большеберцовой артерии справа, стеноз слева. Ишемия IV ст ( трофическая язва Iп. правой стопы), ишемия Ш ст слева. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Дисциркуляторная энцефалопатия I- II сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м на фоне ГБ II. ДДПП распространенного характера, грыжа дисков L5-C1. Вертеброгенная люмбоишалгия, стадия обострения, корешковый с-м S-1 слева. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. Полная блокада ПНПГ. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Грыжа белой линии живота. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 30 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, трофическую язву н/к, отеки голеней, шум в голове.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. Ухудшение состояния в течении последних полгода, когда появились трофические язвы стоп. Получал стац лечение в бердянской г.б. энд. отд. с 22.03.13 по 08.04.13( выписка прилагается). С этого времени принимает Протафан Н, Актрапид НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о-14 ед., п/у- 14ед., Протафан НМ 22.00 14 ед. Гликемия –8,1-12,0 ммоль/л. НвАIс -4,4 % от 20.03.13. Повышение АД в течение 20лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 г 2р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.08.13Общ. ан. крови Нв –166 г/л эритр –5,0 лейк – 3,5 СОЭ –9 мм/час

э-2 % п- 4% с-63 % л- 23 % м-8 %

16.08.13 Лейк 5,6 э1 % п- 2% с-66 % л- 28 % м-3 %

21.08.13 Лейк – 6,7 СОЭ - 18

13.08.13Биохимия: СКФ –129 мл./мин., хол – 5,1тригл -2,73 ХСЛПВП -1,15 ХСЛПНП – 2,71Катер3,4 - мочевина –7,7 креатинин – 103,0 бил общ – 21,2 бил пр – 5,3 тим –3,0 АСТ – 0,78АЛТ – 0,35 ммоль/л;

13.08.13Глик. гемоглобин – 10,9%

13.08.13Анализ крови на RW- отр

### 13.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк –1-2-3 в п/зр белок – 0,163 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

16.08.13 Бакпосев из трофической язвы (на чувствительность) – обильный рост гемолитических стрептококков, стойкие к оксацилину, малочувствительны к эритромицину, чувствительны к клиндамицину, гентамицину, ванкомицину, ципрофлоксацину.

14.08.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,206г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.08 | 6,9 | 8,3 | 5,2 | 9,3 |
| 16.08 | 8,5 | 7,7 | 4,9 | 5,4 |
| 18.08 | 8,6 | 7,8 | 7,9 | 6,0 |
| 21.08 | 8,3 | 8,1 | 7,2 | 8,9 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I- II сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м на фоне ГБ II. ДДПП распространенного характера, грыжа дисков L5-C1. Вертеброгенная люмбоишалгия, стадия обострения, корешковый с-м S-1 слева. Хроническая диабетическая полинейропатия н/к. II-III, сенсорно-моторная форма.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 21 OS=21

Единичные микроаневризмы, экссудаты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.08.13Р-графия правой стопы: деструктивных изменений не выявлено.

12.08.13ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонен влево. Позиция горизонтальная, Гипертрофия левого желудочка. Полная блокада ПНПГ и ЛНПГ

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. Полная блокада ПНПГ. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Хирург: Грыжа белой линии живота.

16.08.13ЭХО КС: КДР- 5,1см; КСР-3,4 см; ФВ-60 %; просвет корня аорты – 3,6см; АК раскрытие - N; ПЛП – 4,0 см; МЖП – 1,28 см; ЗСЛЖ –1,2 см; ППЖ- 2,9см; ТК- б/о; По ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, диастолической дисфункции ЛЖ по первому типу, регургитация 1 ст на ТК и КЛА, склеротических изменений створок К и МК, стенок аорты.

Нефролог: СД 2 тип, декомпенсация ХБП Iст, диабетическая нефропатия, АГ.

Ангиохирург(проф. Губка А.В.): Диаб. ангиопатия артерий н/к – облитерирующий атеросклероз артерий н/к, окклюзия передней большеберцовой артерии справа, стеноз слева. Ишемия IV ст ( трофическая язва Iп. правой стопы), ишемия Ш ст слева.

13.0813 РВГ:. Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов снижен.

19.08.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; по типу жировой дистрофии 1 ст,. застоя в ж/пузыре, умеренной гиперплазии простаты, изменений диффузного типа в паренхиме простаты без увеличения объема

13.08.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8 см3; лев. д. V =6,1 см3

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

Лечение: Актовегин, Актрапид НМ, Протафан НМ, янумет, индапрес, лозап, парацетамол, цифран СТ, йогурт, олфен (пластырь), анальгин, димедрол, пирацетам, пентоксифелин, тиогамма турбо, нуклео ЦМФ, мильгамма, диклофенак.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст, Трофическая язва в стадии геморрагической корочки.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ 2-4 ед на максимальный прием пищи Протафан НМ 22.00 12-14 ед. Янумет 1т\*2р/д.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь. предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., кардиомагнил 75мг 1т. веч., лозап 50 мг 2р/д. дилтиазем ретард 901 г 1р/д. при болях в сердце изокет спрей. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Тиогамма (тиоктацид) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., или нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
8. Рек. невропатолога: НПВС до 7 дней, витамины гр В, преп. а-липоевой к-ты, армадин 2,0 в/м № 10, келтикан 1т.\*3р/д.до 2 мес., габагамма 300 на ночь с повышением дозы на 300 мг до 900 мг
9. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Рек нефролога: Амлодипин 5-10 мг/сут, физиотенс 0,2 мг 2р/д, курчсы сосудистой терапии, УЗИ почек(размеры) 1-2 р/год.
12. Рек. пр. Губки А.В.: актовегин 10,0 в/в кап№ 10, тринтал 5,0 в/в кап № 10, ксантинола никотинат 2,0 в/м, Р-графия Iп. правой стопы, посев на чувствительность из язвы. Р-ген. терапия на Iп пр. стопы. Оформить на МСЭК.
13. Рек. хирурга: плановое лечение в х/о.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.