#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 896

##### Ф.И.О: Пархоменко Владимир Иванович

Год рождения: 1956

Место жительства: г. Запорожье, ул. Самолетная 7

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 23.07.15 по 11.08.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. С -м диабетической стопы. Ампутационные культи: II пальца левой стопы, V пальца правой стопы. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к II ст., сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, глибенкламид). В наст. время принимает: Глибенкламид 1т утром. Гликемия –14,0-8,0 ммоль/л. НвАIс - 9,09% от 15.07.15. Повышение АД в течение 30 лет. В течение года отмечается прогрессирование сосудистых осложнений СД. В 03.2015 перенес остеомиелит II пальца левой стопы. 01.04.15 произведена ампутация II пальца левой стопы с резекцией головки плюсневой кости. В 06.2015 после травмы (потертость) V пальца правой стопы, разился остеомиелит. Наблюдался амбулаторно у хирурга, в дальнейшем был госпитализирован во хир. отделение 2-й гор. больницы. 15.06.15 произведена ампутация V пальца правой стопы с резекцией головки V плюсневой кости. В связи со стойкой декомпенсацией направлен на консультацию в эндокриндиспансер. Ранее в эндокринологическом отделении не обследовался, не лечился. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.07.15 Общ. ан. крови Нв – 156 г/л эритр – 4,6 лейк –4,5 СОЭ – 45 мм/час

э-2 % п- 0% с- 72% л- 22% м-4 %

03.08.15 СОЭ – 27 ммоль/л

24.07.15 Биохимия: СКФ –100 мл./мин., олл –6,54 тригл -2,35 ХСЛПВП -0,91 ХСЛПНП – 4,6Катер -6,2 мочевина –3,3 креатинин – 84,7 бил общ – 7 бил пр – 3,3 тим –3,4 АСТ –0,19 АЛТ – 0,21 ммоль/л;

24.07.15 Анализ крови на RW- отр

### 24.07.15 Общ. ан. мочи уд вес м\м лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

28.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

28.07.15 Суточная глюкозурия –2,4 %; Суточная протеинурия – 0,042

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.07 |  |  | 103 | 9,0 |
| 24.07 | 9,6 | 12,3 | 13,3 | 12,5 |
| 28.07 | 10,8 | 12,0 | 12,7 |  |
| 31.07 | 13,3 | 11,0 | 11,4 |  |
| 02.08 | 11,4 | 12,7 | 14,4 | 11,6 |
| 04.08 | 9,0 | 13,3 | 8,3 | 8,5 |
| 06.08 | 11,5 | 11,1 | 7,8 | 7,3 |
| 09.08 | 9,2 | 5,5 | 6,8 | 8,4 |

28.07.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Цереброастенический с-м. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к II ст., сенсомоторная форма.

27.07.15Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,6 ;

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

22.07.15ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

27.07.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

23.07.15 Хирург: С-м диабетической стопы.

30.07.15РВГ:. Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

31.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V =6,4 см3

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

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, фенигидин, эналаприл, индапрес, дибизид М, этсет, тиоктацид, солкосерил, магникор, перевязки послеоперационных ран и трофических язв.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется гипергликемия по утрам, уменьшились боли в н/к. Трофические язвы сухие только в области 1п левой стопы с незначительным сукровичным отделяемым, местами сухие корки. АД 140/80-150/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 10-12ед., п/уж -8-10 ед., Инсуман Базал п/з- 32-34ед., п/уж – 34-36ед.,

Дибизид М 1т утром, при сохраняющейся гипергликемии утром увеличить на 1т( 1т 2р/д)

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: престариум 5-10 мг веч., дилтиазем ретард 90мг \*2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 10 мг 2р/д, индапрес 2,5 мг утром, карведилол 12,5 мг утром. кардиомагнил 1 т. вечер., этсет 20 мг веч. Контр. АД.
6. Тиоктацид (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.
7. Продолжить перевязки с йоддицирином. Наблюдение хирурга по м\ж.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.