#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 580

##### Ф.И.О: Кравцов Алексей Васильевич

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Запорожье, ул. Полякова 15б-104. Прописан: Луганская обл., г. Луганск, квартал Мирный 8-150

Место работы: н/р, инв II гр, переселенец с временно оккупированной территории Украины.

Находился на лечении с 05.05.15 по 21.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, субкомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ампутационная культя 1п правой стопы. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза. (дисметаболическая, гипертоническая), цефалгический с–м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф.кл. Постоянная форма фибрилляции предсердий СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение Ш ст. (ИМТ 44,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил глюкофаж). С 2013 в связи со стойкой декомпенсацией была назначена инсулинотерапия (Новорапид, Левемир). С 08.2014 в связи с отсутствием инсулина переведен на Инсуман Базал, Хумулин Р. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з-11 ед., п/у-11 ед., Хумулин Р п/з – 4ед, п/о – 4 ед, п/у – 3 ед, глюкофаж 1000 г веч. Гликемия –7,8 ммоль/л. НвАIс – 6,8 % от 23.04.15 . Последнее стац. лечение в 2013г. 2013 – ампутация 1п правой стопы в х/о г. Луганск по поводу гангрены. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.05.15 Общ. ан. крови Нв – 164 г/л эритр – 4,9 лейк – 6,2 СОЭ –7 мм/час

э- 1% п-2% с-53 % л- 32% м-12 %

06.05.15 Биохимия: СКФ –125,8 мл./мин., хол –4,5 тригл – 2,5ХСЛПВП -1,18 ХСЛПНП -2,1 Катер -2,8 мочевина –3,4 креатинин –113 бил общ –15,1 бил пр –3,6 тим – 0,73 АСТ – 0,80 АЛТ –0,96 ммоль/л;

20.05.15 АСТ – 0,64 АЛТ – 0,94

13.05.15 Анализ крови на RW- отр

08.05.15 К – 5,2 ; Nа – 144 Са – 2,4 ммоль/л

11.05.15 К – 4,58 ммоль/л

15.05.15 К – 4,8 ммоль/л

12.05.15 Коагулограмма: ПТИ – 90,4 %; фибр – 4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

### 06.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед.

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

07.05.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,020

ТТГ АТТПО, маркеры вирусного гепатита В и С сданы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.05 | 5,2 | 7,9 | 6,2 | 4,9 | 5,7 |
| 10.05 | 4,8 | 7,4 | 4,0 | 4,3 |  |
| 15.05 | 5,4 |  | 6,7 | 8,3 | 6,9 |
| 17.05 | 4,5 | 4,3 | 4,1 | 5,2 |  |
| 18.05 |  | 4,7 | 5,2 |  |  |
| 20.05 | 5,2 | 8,6 | 5,1 |  |  |

05.05.15 Невропатолог Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза. (дисметаболическая, гипертоническая), цефалгический с–м.

06.05.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD=18 OS=22

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. a:v 1:2. Сосуды расширены, извиты, стенки вен уплотнены. Салюс I-II. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

08.05.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

20.05.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.05.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф.кл. Постоянная форма фибрилляции предсердий СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

06.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.5.15РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

12.03.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стенооклюзивного атеросклероза. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Стеноз ПКА слева 48%. ЗББА, ПББА с двух сторон – окклюзия.

15.05.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст с увеличением её размеров, без признаков портальной гипертензии; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре.

15.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9см3; лев. д. V = 7,2 см3

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

Лечение: вазар, бисопролол, сиофор, поллокард, торсид, амлодипин, Хумулин Р, Инсуман Базал, диалипон, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, в связи с нормогликемией больному отменено введение инсулина, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж, метамин) 1000 - 1т. \*2р/сут. Регулярный контроль гликемии с последующей коррекцией сахароснижающей терапии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Вазар 160 мг на ночь, бисопролол 10 мг утром, амлодипин 5 мг в обед. Контр. АД, ЧСС.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: ницериум 30 мг утром 1 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.