#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1121

##### Ф.И.О: Ильницкий Владимир Зиновьевич

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Запорожье ул. Космическая 101-9

Место работы: пенсионер, инв II гр.

Находился на лечении с 19.09.16 по 03.10.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая остеоартропатия. Хронический остеомиелит пр. стопы; СПО (2013). Ампутация 1- II п. правой стопы. Трофическая язва области культи 1-II пальца. ДЭП 1-II ТИА в системе каротит справа (2009), цереброастенический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2005 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В 2012 черезплюсневая ампутация 1-II п правой стопы. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 8ед., п/о-12 ед., п/у- 8ед.,Лантус п/з 44 ед. НвАIс -8,7 % от 08.2016. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 12 лет. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает би-престариум, бисопролол. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.09.16 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр – 4,2 лейк – 5,0 СОЭ – 14 мм/час

э- 2% п-0% с- 65% л- 31 % м-2 %

20.09.16 Биохимия: СКФ –71,6 мл./мин., хол –4,3 тригл – 1,64 ХСЛПВП -1,16 ХСЛПНП – 2,4Катер – 2,7мочевина – 6,2 креатинин –137 бил общ –11,5 бил пр – 2,9 тим – 1,4 АСТ –0,25 АЛТ – 0,43 ммоль/л;

20.09.16 Глик. гемоглобин -8,2 %

20.09.16 Анализ крови на RW- отр

### 20.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,499 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

21.09.16 Суточная глюкозурия – отр, Суточная протеинурия – 0,696

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.09 | 3,4 | 4,0 | 7,6 | 11,4 |
| 23.09 | 8,6 |  | 4,5 | 3,5 |
| 27.09 |  | 3,5 |  |  |
| 28.09 | 4,5 |  | 4,9 | 5,1 |

19.09.16Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДЭП 1-II ТИА в системе каротит справа (2009), цереброастенический с-м.

28.09.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: Единичные микроаневризмы, интреретинальные микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.09.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

26.09.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

30.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.09.16РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруденнние венозного оттока справа.

22.09.16 Р-н правой стопы в 2х проекциях: культя V пальца на уровне с/3 плюсневой кости в удовлетворительном состоянии; культи IV пальца на уровне головки IV плюсневой кости с признаками краевого разрешения культи.

21.09.16 Хирург: Диабетическая остеоартропатия. Хронический остеомиелит пр. стопы; СПО (2013). Ампутация 1- II п. правой стопы. Трофическая язва области культи 1-II пальца.

26.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,9 см3; лев. д. V = 6,7 см3

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

Лечение: эспа-липон, витаксон, актовегин, тивортин, Эпайдра, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-8-10 ед., п/о-10-12 ед., п/уж -8-10 ед., Лантус п/з 44-46ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: лозап 50-100, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д
11. Рек хирурга: линкомицин 1,0 в/в 7 дней, цетрим 1т 3р/д 7 дней, ежедневные перевязки с бетадином, генаксаном. R-но терапия. При необходимости конс. хирурга центра диабетической стопы.
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.