#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 834

##### Ф.И.О: Рябенький Александр Викторович

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Энергодар ул. Курчатова32-31

Место работы: ДП НАЭК, «Энергоатом» ВП «Атомэнергомаш» ст. мастер

Находился на лечении с 07.06.17 по 19.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. СПО: резекция плюсневых костей с ампутацией 4-5 пальцев пр стопы. Трофическая язва 1п. пр. стопы 1ст по Вагнеру в ст регенерации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Метаболическая кардиомиопатия Неполная блокада ПНПГ СН 0-1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, трофическая язва 1п пр. стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия.- Лаусулин Н (работал в Иране). С 2016 в условиях ОКЭД переведен на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о- 14ед., Протафан НМ п/у -54 ед. Гликемия –9,2-12,4-19,5 ммоль/л. НвАIс – 8,2 % от 20.40.17 . Последнее стац. лечение в 2016г.В 2016 ампутация IV-Vп. правой стопы, 05.2017 – удаление вросшей ногтевой пластины 1п.пр. стопы 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 |
| 08.06 | 155 | 4,6 | 5,8 | 21 | 1 | 1 | 72 | 2 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.06 | 99,2 | 7,1 | 6,4 | 1,15 | 3,1 | 5,1 | 57,9 | 107,8 | 12,7 | 3,2 | 3,7 | 0,39 | 0,24 |

08.06.17 Глик. гемоглобин -8,6 %

09.06.17 ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 49,0 (0-30) МЕ/мл

### 08.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 0-1 в п/зр белок – 0,214 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

09.06.17 Суточная глюкозурия –1,3 %; Суточная протеинурия – 0,33

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.06 | 8,8 | 6,8 | 5,0 | 10,3 |
| 10.06 | 10,2 | 11,1 | 9,2 | 9,9 |
| 15.06 | 12,3 | 12,2 | 11,8 | 14,9 |
| 16.06 | 9,6 | 14,5 | 8,4 | 6,7 |
| 18.06 | 8,3 | 11,1 | 10,1 | 6,4 |
| 19.06 |  |  |  |  |

07.06.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение. СПО: резекция плюсневых костей с ампутацией 4-5 пальцев пр стопы.

13.06.17Окулист: ОИ Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии сужены, ангиосклероз Салюс 1, вены значительно расширены, неравномерны, сосуды значительно изменены. По ходу сосудов единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.06.17ЭКГ: ЧСС -96 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

09.06.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия Неполная блокада ПНПГ СН 0-1.

Рек. кардиолога: предуктал 1т 2р/д. , 5 ст. проб. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

12.06.17 Уролог: дообследование УЗИ МВС с ост. мочой. Тестостероный комплекс.

13.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.06.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст .с-м диабетической стопы1 ст. смешанная форма. СПО (2016) резекция плюсневых костейс ампутацией IV- V пальцев правой стопы. Трофическая язва 1п. пр. стопы 1ст по Вагнеру в ст регенерации. СПО (05.2017) удалена вросшая пластина 1 п. пр. стопы.

09.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к умерено повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

12.06.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА слева 45-61%, ЗББА слева окклюзия Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.06.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст .

07.06.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0см3; лев. д. V = 8,2 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма, актовегин, мильгамма, стеатель, эналаприл,

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 22-24ед., п/уж -12-14ед., Протафан НМ п/з 34-36 ед, п/у 20- 22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д, актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: магенрот 2т на ночь 2 нед
10. Рек. окулиста: нутроф тотал 1к 1р/д 1-2 мес
11. Рек хирурга: обработка бетадином, р-гр пр. стопы в плановом порядке.
12. Б/л серия. АГВ № 235890 с 07.06.17 по 19.06.17. к труду 20.06.17

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В