#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1503

##### Ф.И.О: Шаповалов Николай Владимирович

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Запорожье ул. Грязнова3-34

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 03.10.17 по 06.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Шcт. С-м диабетической стопы II ст. смешанная форма. СПО ( 2016 –ампутация (высокая) пр н/к). трофическая язва левой пяточной области 1 ст по Вагнеру в ст. регенерации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия в/к, и левой н/к сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки. Осложнённая катаракта ОИ. Рецидивирующий гемофтальм ОД. Вторичная васкулярная глаукома, авитрия OS. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия IV ст. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хронический пиелонефрит, латентная форма в стадии не резко выраженного обострения.

Жалобы при поступлении на отсутствие зрения на OS, ухудшение зрения на ОД, боли в левой н/к, судороги, онемение и снижение в руках и левой н/к, наличие троф. язвы на левой пятке, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г в хирургичесом отд 3-й ГБ при обследовании, куда был госпитализирован в диагнозом гангрена пр. н/к. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 15ед., п/о- 15ед., п/у- 15ед. Повышение АД в течение 10 лет. 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 |
| 31.10 | 149 | 4,4 | 7,6 | 25 | 1 | 1 | 64 | 32 | 2 |
| 04.11 |  |  |  | 7 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 31.10 |  | 5,72 | 2,38 | 1,85 | 2,77 | 2,1 | 4,6 | 85 | 10,4 | 2,5 | 2,7 | 0,4 | 0,62 |

31.10.17 Амилаза – 22,4

31.10.17 Гемогл – 149; гематокр – 0,48 ; общ. белок – 60,5 г/л; К – 3,96 ; Nа – 135,6 ммоль/л

31.10.17 Гемогл – 139; гематокр – 0,44 ; К – 3,9 ммоль/л

31.10.17 К – 3,96 ; Nа –135 Са++ - 1,21С1 – 104,3 ммоль/л

05.10.17 К – 4,04 ; Nа –134 ммоль/л

06.10.17 К – 3,86 ; Nа –136,3 ммоль/л

31.10.17 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр –3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

02.11.17 Проба Реберга: креатинин крови-96 мкмоль/л; креатинин мочи- 8030 мкмоль/л; КФ-112 мл/мин; КР- 98,4%

### 31.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,043 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

01.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр -250 белок – 0,028

06.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

02.11.17 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – 0,185

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.10 |  | 10,8 | 12,8 | 13,7 |
| 31.10 2.00-11,3 | 9,2 | 9,4 | 7,3 | 10,4 |
| 02.11 2.00-6,4 |  | 8,7 | 7,0 | 8,2 |
| 03.11 | 7,5 | 6,8 | 10,3 | 9,8 |
| 04.11 | 9,3 | 6,2 | 11,8 | 8,1 |
| 05.11 | 7,8 | 8,5 | 6,1 | 7,3 |
| 06.11 | 6,1 |  |  |  |

31.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. рек: актовегин 10,0 в/в кап, нуклео ЦМФ 1т 3р/д 1 мес, а-липевая кислота 600 в/в кап.

31.10.17 Окулист: ВГД на OS пальпоторно. ОД –в хрусталике начальные помутнения. В СТ кровь, гл.дно не офтальмо скопируется. OS – экзофтальм, застойная инъекция гл. яблока. В хрусталике гомогенное помутнение, гл. дно не офтальмо скопируется.

Д-з:. осложнённая катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рецидивирующий гемофтальм ОД. Вторичная васкулярная глаукома, авитрия OS. Рек: консул. Витреоретинального хирурга в OS- арутимол 0,5% 4р/д при некомпенсации – азарга 2р/д .

02.11.17 ЭКГ: ЧСС – 60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

31.10.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: амлодипин 10 мг веч, хипотел 40-80 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

02.11.17 На р- гр ОГК легкие без инфильтрации, легочной рисунок усилен в н/д, с обеих сторон. Корни расширены, тенистые, синусы свободные. Органы средостения. Увеличен ЛЖ.

02.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Шcт. С-м диабетической стопы II ст. смешанная форма. СПО ( 2016 –ампутация (высокая) пр н/к). трофическая язва левой пяточной области 1 ст по Вагнеру в ст. регенерации.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, магникор, абифлокс, адаптол, новопасит, арутимол, мовиназа, амлодипин, нуклео ЦМФ, актовегин, берлитион, аторвастатин, хипотел. Фенигидин.

Состояние больного при выписке: Цифры гликемии в пределах целевых значений. Подобрана инсулинотерапия, отмечается положительная динамика в виде уменьшения отечности левой н/к, троф. язва пяточной области в стадии регенерации. Цифры АД снизились до 150/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-10 ед., п/уж 10 ед., Фармасулин НNP п/з 20 ед. п/у 20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет) 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: хипотел 80 мг, 1т утром. индапрес, 1т натощак, амлодипин 1т веч. вечер. магникор (лоспирин) 1т на ночь, трифас 10 мгутром натощак 2р/нед. Контр. АД. ЭХОКС в плановом порядке с послед. конс кардиолога.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 3р/д 1 мес. актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В