#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1423

##### Ф.И.О: Негрич Валерий Иванович

Год рождения: 1954

Место жительства: К-Днепровский р-н, .с Водяное ул. Гвардейская 157

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 13.10.17 по 27.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.. СДС II ст, смешанная форма. СПО 12.09.17 ампутация 1п пр стопы, п/операционная рана в стадии регенерации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. ИБС, стенокардия напряжения ф .кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст . ДЖВП по гипомоторному типу. Хронический панкреатит в стадии обострения С-м раздраженного кишечника со склонностью к запорам.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, боли в области послеоперационной раны, периодически отеки н/к, запоры

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. Принимал глимакс 2-4 мг нерегулярно. 01.09.17 травмировал ногу 07.09.17 обратился к хирургу 12.09.17 в условиях ЦРБ произведена ср/плюсневая ампутация 1п. пр стопы. Гликемия 10-12 моль/л.

Повышение АД в течение 10 лет. гипотензивные препараты не принимал, АД не контролировал. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 17.10 | 136 | 4,1 | 5,1 | 30 | 2 | 1 | 67 | 28 | 2 |
| 19.10 | 142 | 4,2 | 5,0 | 41 | 2 | 0 | 59 | 38 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 17.10 | 98,4 | 5,33 | 1,99 | 1,09 | 3,33 | 3,9 | 3,3 | 69 | 12,4 | 3,0 | 6,7 | 0,84 | 0,38 |

17.10.17 Глик. гемоглобин – 11,5%

17.10.17 Анализ крови на RW- отр

17.10.17 К – 4,47 ; Nа – 139 Са++ - 1,24С1 – 104 ммоль/л

### 24.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк –8-9-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

### 27.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 эрит 0-1 лейк –8-9 в п/зр белок – 0,067 ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

25.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -80000 эритр -500 белок – отр

23.10.17 Суточная глюкозурия – 0,89 %; Суточная протеинурия – 0,300

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.10 | 6,7 | 13,3 | 9,9 | 5,8 |
| 16.10 | 8,1 | 11,1 | 7,1 | 14,5 |
| 18.10 | 9,4 | 9,3 | 8,0 | 10,0 |
| 20.10 2.00-7,6 | 8,5 | 9,5 | 14,2 | 13,8 |
| 24.10 |  | 6,9 | 9,2 | 6,7 |
| 25.10 | 7,1 |  |  |  |
| 26.10 | 7,4 | 9,6 | 12,9 | 12,5 |
| 27.10 | 8,6 |  |  |  |

25.10.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. рек: адаптол 500 мг 2р/д, амалате В6 1т 2р/д, гидазепам 0,02 1р/д5-7 дней, актовегин 10,0 в/в, а-липоевая кислота 600 в/в кап .

25.10.17 Окулист: Факосклероз. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склероз, С-м Салюс 1 ст микроаневризмы, ед, микрогеморрагии Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.10.17 На р-гр правой стопы в 2х проекциях культя1п на уроне с/3 плюсневой кости. контур дистальной части .нечеткий. остеопороз костей стопы

19.10.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Малый рост з. Р V1-3

13.10.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовая тахикардия . Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости ( АВ блокада 1 ст?).

19.10.17 Кардиолог: САГ II ст.

Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р/д, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

18.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

23.1.017 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.. СДС II ст, смешанная форма. СПО 12.09.17 ампутация 1п пр стопы. п/операционная рана в стадии регенерации. Рек: ципрофлоксацин 500 мг 1т2р/д 5-7 дней, соуд. Терапия, актовегин 10,0 в/в 1р/д 7дней, перевязка с перекисью водорода. Бетадином, гентаксаном 1р/д .

23.10.17 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст . ДЖВП по гипомоторному типу. Хронический панкреатит в стадии обострения С-м раздраженного кишечника со склонностью к запорам. Рек: Стол № 5, режим питания, ливонорм 1к 1р/д 1 мес, мезим 10тыс 1т 3р/д во время еды 1 мес. смарт омега 1к 3р/д, . Контроль УЗИ ОБП через 3 мес .

19.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена. .

18.10.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.10.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в желчном пузыре, функционального раздражения кишечника, наличия кист в левой почке, микролитов в почках без нарушения урокинетики

24.10.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

19.10.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, мефармил 500, эналаприл 10, амлодипин 5 мг, индапрес 2,5, диалипон турбо, тивомакс, перевязки с бетадином, ципрофлоксацин 500

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сухость во рту не беспокоят, п/операционная рана в стадии регенерации АД 130/80мм рт. ст. От дальнейшей коррекции инсулинотерапии отказывается. Выписывается по семейным обстоятельствам.

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: Генсулин Н п/з- 26-28ед., п/уж -12-14 ед.,

ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

После заживления послеоперационной раны возможен подбор ССТ (метформин 2000 мг/сут + сульфонилмочевина), при неэффективности ССТ продолжить назначенную комбинированную инсулинотерапию

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: этсет 20 мг 1т на ночь Контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг 1т 2р/д , индапрес (индап) 2,5 мг утром, амлодипин 5 мг веч лоспирин 75 мг веч. Контр. АД. ЭХОКС в плановом порядке
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,
6. Контроль ан. мочи по Нечипоренко по м/ж, при наличии лейкоцитурии проведение а/б терапии - цефикс 400 1т 1р/д 7-10 дней.
7. Соблюдение рекомендаций невропатолога, гастроэнтеролога (см. выше).

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В