#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1250

##### Ф.И.О: Снежков Сергей Иванович

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. Климова 3-98

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.09.17 по 23.09.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы II ст. смешанная форма. диабетическая остеоатропатия Ш ст., трофическая язва 1 п. пр стопы 1 ст по Вагнеру в ст. эпителизации. Трофическая язва правой стопы II ст по Вагнеру в ст. регенерации. СПО (2016) ампутация 1п левой стопы. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Оперированная миопия, гиперметропия ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4. Энцефалопатия 1, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, длительно незаживающую трофическую язву пр стопы, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки голеней, стопы, больше правой

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. (манинил, Диабетон MR). Во время стац лечения в эндокриндиспансере в 01.2017назначена инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з 10 ед, п/у 8 ед, Хумодар Б100Р п/з12 ед, п/у12 ед.. Во время сан кур лечения в Миргороде, в связи с гипергликемией Хумодар был изменен на Генсулин. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з-14 ед., п/у- 14ед., Генсулин Н п/з – 14 ед, п/у – 14 ед. Гликемия –10,0-23,0 ммоль/л. НвАIс – 4,85 % от 08.2017 . Последнее стац. лечение в 01.2017г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает эналазид, кардиомагнил 75 мг, периодически каптопрес. Ампутация 1п левой стопы в 06.2016, в 12.2016 вскрытие абсцесса 1п правой 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 |
| 11.09 | 154 | 4,6 | 11,0 | 55 | 1 | 7 | 63 | 27 | 2 |
| 18.09 | 130 | 3,9 | 4,8 | 33 | 1 | 2 | 59 | 36 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.09 | 85 | 5,2 | 2,56 | 1,0 | 3,02 | 4,2 | 6,5 | 111 | 11,9 | 3,0 | 1,7 | 0,1 | 0,1 |

13.09.17 Анализ крови на RW- отр

11.09.17 Глик. гемоглобин -9,4 %

### 12.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

13.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

11.09.17 Суточная глюкозурия –0,62 %; Суточная протеинурия – 0,874

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.09 | 12,7 | 18,1 | 13,2 | 14,4 | 17,3 |
| 12.09 | 14,1 | 16,7 |  |  |  |
| 15.09 | 12,2 | 8,8 | 5,6 | 5,8 |  |
| 17.09 | 8,9 | 7,0 | 4,1 | 9,3 | 10,7 |
| 20.09 | 6,9 | 4,0 | 6,4 | 5,0 |  |
| 22.09 | 6,3 | 5,8 |  |  |  |

11.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), энцефалопатия 1, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Рек: контроль АД, а-липоевая кислота 600, актовегин 10,0 в/в № 10, келтикан 1т 3р/д 1 мес, сермион 30 мг веч.

15.09.17Окулист: VIS OD=0,1ф +3,0=0,5 OS= 0,3сф +3,5=1,0.

Уплотнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды сужены, склерозированы, вены неравномерного калибра, полнокровны, с-м Салюс 1-II ст, микроаневризмы, Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Оперированная миопия, гиперметропия ОИ. Рек : очковая коррекция зрения.

11..09.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

13.09.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4.

Рек. кардиолога: небивал 2,5 мг 1р/д, нолипрел 1т 1р/д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

11.09.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.09.17 Нефролог: ХБП Ш, диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия. Рек: диета с ограничением соли, контроль ан. мочи, крови, показатели азотемии в динамике. УЗИ почек 1-2 р/год, адекватная противогипертензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.

12.09.17Хирург: с-м диабетической стопы II ст. смешанная форма. диабетическая остеоатропатия Ш ст., трофическая язва 1 п. пр стопы 1 ст по Вагнеру в ст. эпителизации. Трофическая язва правой стопы II ст по Вагнеру в ст. регенерации. СПО (2016) ампутация 1п левой стопы.

11.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

11.09.17Допплерография: Определение ЛПИ противопоказано и-за наличия у больного трофических язв 1п правой стопы 1 ст и правой стопы Ш ст.

08.09.17 ФГ ОГ№ 6304: легкие обычной воздушности, корни расширены, малоструктурны, сердце- гипертрофия ЛЖ

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

13.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,1 см3; лев. д. V = 7,9см3

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

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, торадив, эналаприл, предуктал MR, обработка троф. язвы, ципрофлоксацин, диалипон, мильгамма, тивортин, физиолечение

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. трофическая язва пр. стопы без признаков воспаления, отделяемое скудное серозное. Пальпация пр стопы безболезненная. Нормализовалось АД 130/80 мм рт ст.. нормализовался аппетит.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-8-10 ед., п/уж -8-10 ед., Генсулин Н п/з-32-34 ед., п/уж – 32-34ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 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 10 мг 2р/д, торвадин 10 мг 1т утром, предуктал MR 1т 1-2мес, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., тивортин 1л2р/д 1 мес.
9. Рек хирурга: продолжить обработку перекисью водорода, бетодином или хлоргексидином, реген В 1р/д.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В