#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 78

##### Ф.И.О: Гринь Николай Александрович

Год рождения: 1949

Место жительства: Василевский р-н, с. Балки ул. 9 января 33

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.01.17 по 30.01.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Атеросклероз. Стеноз бедренно-подколенных сегментов с 2х сторон. ХИ IV ст. С-м диабетической стопы по смешанному типу, трофическая язва 1п правой стопы. Ампутационная культя IV п. левой стопы. Диабетическая остеоартропатия II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2-3 кг за год, ухудшение зрения ОД, отсутствие зрения OS, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/70 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, периодически давящие боли за грудиной, приступы сердцебиений, с 01.2016 длительно незаживающая трофическая язва подошвенной части 1п пр. стопы серозным отделяемым, зуд кожи.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (глибенкламид, манинил). С 2012 Диабетон MR, метформин. В наст. время принимает: Диабетон MR 120 мг, мефармил 500 мг в обед + 850 мг веч. Гликемия –8-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 11 лет, инфаркт миокарда в 2015, принимает нолипрел 1т конкор 5 мг, аген 5, тромбомет 75 мг\сут. В 2013 гангрена IV п левой стопы, ампутация в хир. отд ЦРБ. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.01.17 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр –3,9 лейк – 5,3 СОЭ – 24 мм/час

э- 3% п- % с- 78% л- 16 % м- 3%

18.01.17 Биохимия: СКФ –64,9 мл./мин., хол –4,4 тригл – 1,7ХСЛПВП -0,89 ХСЛПНП – 2,7Катер -3,9 мочевина – 7,5 креатинин – 123 бил общ –14,5 бил пр –3,6 тим –3,5 АСТ –0,39 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

20.01.17 К –4,27 ; Nа –143,9 Са – 35 Са ион 1,11 С1 -106,6 ммоль/л

### 18.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк 3-5 в п/зр белок – 0,072 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр, оксалаты

20.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – 0,040

19.01.17 Суточная глюкозурия – 0,74 %; Суточная протеинурия – 0,135

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.01 | 6,4 | 10,6 | 7,0 | 5,0 |
| 21.01 | 7,6 | 7,8 | 7,0 | 9,0 |
| 27.01 | 5,7 |  |  |  |

17.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

18.01.17Окулист: VIS OD= 0,7н/к OS=0,02 (экс) н/к ; ВГД OD=19 OS=20

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. OS. в стекловидном теле фиброз. Гл. дно ОД: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. множественные новообразованные сосуды, сетчатка с множественными изменениями, следами от лазеркоагуляции, сосуды извиты, склерозированы, множественные микрогеморрагии, твердые экссудаты, Салюс I-II . Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Фиброз стекловидного тела OS.

17.01.17ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена, суправентрикулярная экстрасистолия. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочной области

18.01.18 На р-гр правой стопы в 2х проекциях признаки субхондралььного склероза в межфаланговых суставах и в 1 плюснефаланговом с-ве стопы.H/Valg.деструктивных изменений не выявлено.

2016Ангиохирург: Атеросклероз. Стеноз бедренно-подколенных сегментов с 2х сторон. ХИ IV ст.

18.01.17РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

19.01.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к., диабетическая полинейропатия, диабетическая остеоартропатия II ст. с-м диабетической стопы по смешанному типу. Трофическая язва 1п пр. стопы. СПО (2016) ампутация *IV*  п правой стопы.

24.01.17 Р-н терапевт: трофическая язва 1п. правой стопы. Начата Р-н терапия.

Лечение: Диабетон MR, мефармил, диаформин, нолипрел, конкор, аген, тромбонет, тиогамма турбо, тивортин, мильгамма, олфен, перевязки, р-н терапия.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, трофическая язва сухая заживление вялое. АД 130-140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг 2т утром

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 мг ½ т 2р\д

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии, калия, СКФ.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Нолипрел 1т утром, конкор 5 мг, аген 5 мг, тромбонет 75 мг веч., кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес. тивортин 1л 2р\д 1 мес.
6. Рек. окулиста: Витерэктомия OS в плановом порядке.
7. Рек хирурга: наблюдение хирурга по м\ж, продолжить перевязки, бетадин, гентаксан, закончить р-н терапию.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В