#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1035

##### Ф.И.О: Сецко Сергей Иванович

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Энергодар ул. Молодежная 49а - 49

Место работы: ДП «НАЭК» Энергоатом» ВП ЗАЭС, инженер.

Находился на лечении с 07.08.18 по  13.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, впервые выявленный. С-м диабетической стопы, смешанная форма. СПО (12.07.18) чрезплюсневая ампутация V п правой стопы. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). . ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сетчатки ОИ Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 4-5 кг за месяц, онемение пальцах стоп, снижение чувствительности в них, наличие послеоперационной раны в области V п. правой стопы, общая слабость, периодически повышение АД макс 160/100 мм рт ст

Краткий анамнез: СД выявлен впервые, 01.07.18 травмировал V палец правой стопы. обратился за мед помощью 05.07.18, тогда впервые выявлена гипергликемия 17,5 ммоль/л. Со слов пациента, 3 года назад при прохождении проф осмотра глюкоза крови натощак, 5,5 ммоль/л. С 05.07.18 получал стац лечение в х/о ЦРБ г. Энергодар. С 11.07.18 по 20.07.18 находился на стац лечение в ГБ по м/ж, где была назначена инсулинотерапия: Фармасулин Н ( приобретал самостоятельно) п/з 4 ед, п/о 4 ед, п/у 4 ед. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 6ед., п/о- 6ед., п/у-6 ед., 12.07.18 ампутация V п. правой стопы. ГБ около 15 лет принимает небилет 5 мг утром нерегулярно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для побора ССТ.

Страховой анамнез л/н серия АДГ № 746203 с 05.07.18 по 10.07.18 продолжает болеть

л/н серия АДЛ № 778702 с 11.07.18 по 20.07.18 продолжает болеть

л/н серия АДЛ 224620 с 21.07.18 по 06.08.18 продолжает болеть

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 08.08 | 126 | 3,8 | 9,1 | 40 | | 260 | | 1 | 2 | 71 | 23 | | 3 | | |
| 13.08 |  |  | 7,0 | 26 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 08.08 | 74 | 4,4 | 2,1 | 1,32 | 2,1 | | 2,3 | 5,0 | 106 | 12,4 | 3,1 | 6,7 | | 0,24 | 0,22 |

08.08.18 Глик. гемоглобин -8,5 %

01.08.18 К – 4,62 ; Nа – 142,7 Са++ - 1,19С1 -102,1 ммоль/л

### 08.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

09.08.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 08.08.18 Микроальбуминурия –129,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.08 | 7,9 | 7,2 | 8,7 | 8,6 |
| 09.08 | 6,5 |  |  |  |
| 12.08 | 5,7 | 8,7 | 6,9 | 7,6 |

09.08.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Рек: а-липоевая кислота 600 мг/сут, актовегин 1,0 в/в , келтикан 1т 3р/д.

10.08.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умеренно сужены ,вены неравномерного калибра, полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

07.08.18 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая тахикардия . Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

09.08.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

09.08.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН0. Риск 4.

Рек. кардиолога: карведилол 12,5-25 мг 1р/д Контроль АД, ЭКГ.ЧСС.

09.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Рек: продолжить перевязки с солкосерилом 1р в 2 дня.

09.08.18 Хирург (3-й ГБ) С-м диабетической стопы, смешанная форма. СПО (12.07.18) чрезплюсневая ампутация V п правой стопы Рек: наблюдение хирурга, эндокринолога по м/ж, перевязки с солкосерил гелем, через день плестазол 50 мг 1т 2р/д 1 м ес, повторная конс через 2-4 нед.

07.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0см3; лев. д. V = 6,7см3

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

Лечение: Инсуман Базал, бисопролол, актовегин, диалипон, плестазол, перевязки с грануфлексом, солкосерилом, перекисью водорода, хлоргексидином, разгрузка стопы.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах целевого уровня, уменьшились боли в н/к. стабилизировалось АД 120-130/80 мм рт. ст. Послеоперационная рана без признаков воспаления, в стадии эпителизации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 12-14ед., п/уж -6-8 ед.,
5. После заживления раны рассмотреть вопрос о переводе на пероральную ССТ.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3-6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: небилет 5 мг утром. лоспирин 75 мг 1т веч. контроль АД .ЧСС, ЭКГ
9. Сосудистая терапия: плестазол 50 мг 1т 2р/д 1 мес. диалипон 600 мг 2-3 мес, келтикан 1т 3р/д 1 мес, актовегин 200 1т 2р/д, 1 мес.
10. Разгрузка стопы, продолжить перевязки с солкосерил гелем через день.
11. Явка к хирургу по м/ж 13.06.18.
12. Контроль СОЭ в динамике по м/ж.
13. Б/л серия. АДЛ № 177679 (продолжение б/л сер АДЛ№ 224620) с 07.08.18 по 13.08.18 продолжает болеть

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.