#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 575

##### Ф.И.О: Соболь Александр Николаевич

Год рождения: 1950

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудный ул. Энтузиастов 27-67

Место работы: инв 1 гр.

Находился на лечении с 20.04.18 по 03.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. С-м даибетчиеской стопы 0 ст. смешанная форма. СПО ( 2017): ампутация в/3 пр. бедра. Облитерирующий стеноокклюзирующий атеросклероз н/к, стеноз бедренно-подколенного сегмента слева, хр. ишемия II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II-Ш ст. Диабетическая нефропатия III ст. ДЭП 1- II, смешанного генеза, церебрастенический с-м Осложненная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС: стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз. СН II А ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, пекущие боли и онемение в подошве левой стопы , фантомные боли в пр. н/к, ухудшение зрения , повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, пекущие боли в области сердца. отеки левой н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. при профоосмтре. С начала заболевания принимал ССП. (диаформин 1000 2р/д, затем Диабетон MR 60 мг утром + диаформин 1000 2р/д). С 07.2017 гангрена пр стопы, получал лечение в отд сосудистой хирургии ЗОКБ (07.2017, 08.2017). В 12.2017 в х/о по м/ж произведена ампутация в/3 пр. бедра. Течение стабильное Кома гипогликемическая -2017. Гликемия –10,0-11,0 ммоль/л. В настоящее время принимает Диабетон MR 60 мг утром, диафомрин 1000 мг 2р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: В анамнезе язвенная болезнь ЛДПК. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает дифорс XL 1т утром,

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 23.04 | 141 | 4,3 | 5,8 | 25 | | 213 | | 1 | 0 | 696 | 28 | | 2 | | |
| 27.04 |  |  |  | 23 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.04 | 49,9 | 5,33 | 2,54 | 1,0 | 3,16 | | 4,3 | 8,75 | 12,2 | 13,6 | 3,3 | 4,18 | | 0,14 | 0,12 |
| 02.05 | 63,4 |  |  |  |  | |  | 5,44 | 96,0 | 2,4 | 3,0 | 1,94 | | 0,14 | 0,26 |

23.04.18 Глик. гемоглобин -6,8 %

23.04.18 К – 3,74 ; Nа –137 Са++ -1,1 С1 -105 ммоль/л

23.04.18 Проба Реберга: креатинин крови-122 мкмоль/л; креатинин мочи- 9735 мкмоль/л; КФ-51,4 мл/мин; КР- 98,8 %

### 24.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. ед- в п/зр

23.04.18 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.04.18 Микроальбуминурия –198,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.04 | 8,0 | 7,7 | 5,0 | 7,4 |  |
| 24.04 | 5,0 | 7,2 | 5,2 | 8,7 |  |
| 27.04 | 6,4 | 8,0 | 6,5 | 9,6 |  |
| 02.05 | 5,4 |  |  |  |  |

26.04.18Невропатолог: ДЭП 1- II, смешанного генеза, церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. рек: неогабин 75 мг 2р/д. АСК, статины, актовегин 10, в/в

24.04.18 Окулист: Очаговые помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склероз, с-м Салюс 1 ст, в Макуле без особенностей. Д-з: Осложненная катаракта. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

03.05.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ

25.04.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

20.04.18 Хирург: СДС 0 ст, смешанная форма СПО ( 2017) ампутация в/3 пр бедра по поовду гангрены. Облитерирующий стенооклюзивный атерослкероз н/к Стеноз БПС слева. Хр. ишемия Ш ст. инфицированная потёртость левой стопы. в стадии эпителизации.

Лечение: Генсулин Н, диаформин, Диабетон MR, торадив, карведилол, дифорс, неогабин, этсет, индапрес, тромбонет, плестазол, диалипон турбо

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/уж -14-16 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет)20 мг 1т веч с контр. липидограммы 1р в 6 мес
3. Гипотензивная терапия: дифорс XL 1т утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, трифас 10 мг 1т утром натощак 1 р в 2-3 дня под контролем отеков карведилол 12,5 ½ т утром лоспирин 75 мг 1т веч. тромбонет 75 мг 1т утром + омепразол 20 мг 1т утром. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., плестазол 100мг 1т 1р/д длительно, неогабин 75 мг 1т 2р/д по требованию
5. ЭХОКС в плановом порядке с послед. конс кардиолога по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.