#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 662

##### Ф.И.О: Соболев Игорь Олегович

Год рождения: 1972

Место жительства: г .Запорожье ул. Брюлова 16-26

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.05.18. по 23.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст, С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма. (СПО 2016г). Ампутация V п левой стопы с резекцией V плюсневой кости, длительно незаживающая троф. язва левой стопы 1- II ст по Вагнеру в ст регенерации Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутироез. Осложненная катаракта ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН 1- II А. САГ 1 ст .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение. длительно незаживающая трофическая язва левой стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания коротким курсом получал инсулинотерапию. В дальнейшем длительно принимал ССТ. У эндокринолога не наблюдался. 11.2017 в связи с декомпенсацией СД, длительно незаживающей трофической язвой левой стопы переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 38ед., п/у- 28ед. сиофор 1000 мг 1р/д. Гликемия амбулаторно 8-10 ммоль/л Повышение АД эпизодически при психоэмоциональном перенапряжении. СПО ( 2016г) ампутация V пальца левой стопы с резекцией V плюсневой кости по поводу гангрены левой н/к. Наблюдается у хирурга 3-й ГБ отд диаб. стопы ( мед. документация не предоставлена). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 18.05 | 131 | 3,9 | 8,3 | 45 | |  | | 1 | 2 | 54 | 41 | | 2 | | |
| 21.05 | 133 | 4,0 | 6,2 | 49 | |  | | 3 | 4 | 51 | 41 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.05 | 102,4 | 5,9 | 1,46 | 1,32 | 3,9 | | 3,4 | 5,2 | 91 | 10,6 | 2,8 | 0,5 | | 0,17 | 0,12 |

14.05.18 Глик. гемоглобин – 10,2%

14.05.18 К – 4,81 ; Nа – 135,4 Са++ -1,1 С1 -102,1 ммоль/л

14.05. АЧТЧ 36,5 МНО 1,03 ПТИ 97,0 фибр – 5,3

### 15.05.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,893 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. 2-3- в п/зр

21.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -39500 эритр -12500 белок – 0,578

22.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр -250 белок – 0,467

15.05.18 Суточная глюкозурия –0,6 %; Суточная протеинурия – 0,504

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14,05 | 11,8 | 13,3 | 9,0 | 8,3 |  |
| 16.05 | 7,1 | 5,3 | 6,7 | 7,3 |  |
| 18.05 | 5,8 | 4,5 | 4,8 | 8,9 |  |

11.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

14.05.18 VIS OD= 0.2ca + 1/0=0/3 OS=0.2сф + 0,75 =0,2-0,

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: вены неравномерного калибра, полнокровны ,сосуды извивы, микроаневризмы. В макуле депигментация, рефлекс сглажен Д-з: Осложненная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ

11.05.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

18.05.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1- II А. САГ 1 ст

15.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

11-23.05.18 Хирург: -м диабетической стопы II ст, смешанная форма. (СПО 2016г). Ампутация V п левой стопы с резекцией V плюсневой кости, длительно незаживающая троф. язва левой стопы 1- II ст по Вагнеру в ст регенерации

15.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

17.05.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки ПББП справа, ЗББА с двух сторон – окклюзия. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.05.18 Нефролог ХБП 1, диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия.

22.05.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст с увеличением её размеров и размеров селезенки, перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника.

22.05.18 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

11.2017УЗИ щит. железы: Пр д. V =13,8 см3; лев. д. V = 4,1см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, левофлоксацин, сиофор, тиогамма, актовегин, нуклео ЦМФ, витаксон, трифас, хипотел, перевязки на обл троф. язвы с йоддицирином, курс рентгенотерапии на обл троф. язвы.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. Троф. язва левой стопы без признаков воспаления, отделяемого нет. АД 130/70мм рт. ст. Учитывая снижение остроты зрения ,показано введение Инсуман Базал в пенфильной форме с помощью шприц-ручки.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, ангиохирурга, хирурга, невролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал (пенф)п/з-38-42 ед., п/уж -30-32 ед.

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т.1р/д

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, NT pro BNP предуктал MR 1т 2р/д.
5. Рек нефролога: контроль ан .крови мочи, показателей азотемии ив динамике. УЗИ МВС 1-2 р/ год
6. С нефропротекторной целью: хипотел или вальсакор 40 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т 2р/д 2 нед.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Т4св по м/ж (в условиях эндодиспансера отказался)
10. Рек хирурга: наблюдение невролога, сосудистого хирурга, сосудистая, нейропротекторная терапия, повязка с гранугелем 1р/д, наблюдение хирурга по м/ж, лацерта по схеме.
11. Направляется на конс в отд диаб . стопы 3 ГБ г. Запорожье.
12. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж. (сохраняется ускоренное СОЭ в ОАК)
13. Канефрон 2т 3р/д 1 мес. контроль ан. мочи по Нечипоренко в динамике через 1 нед. Конс уролога по м/ж.
14. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В вальсакор 40 мг утром с послед повышение дозы д максимально переносимой под контролем АД. Контроль ОАК после окончания курса антибактериальной терапии. Контроль ан. мочи по Нечипоренко. Дообследование ЭХОКС

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.