#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 204

##### Ф.И.О: Снежков Сергей Иванович

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. ак. Климова 3/98

Место работы: инв II гр, н/р

Находился на лечении с 08.02.18 по 19.02.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) С-м диабетической стопы II ст. смешанная форма. Диабетическая остеоатропатия Ш ст, Трофическая язва правой стопы II ст по Вагнеру в ст. регенерации. СПО (2016) ампутация 1п левой стопы. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1- II ст.. смешанного генеза, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2-3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги в ночное врмя, снижение чувстительности, онемение ног, длительно незаживающую троф. язву правой стопы.

повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., о теки н/к к вечеру, одышку при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г при прохождение проф осмотра, длительно принимал ССП: манинил, Диабетон MR, В 01.2017 переведен на ИН в связи с ампутацией, вскрытием абсцеса пр. стпы: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. Во время сан-кур лечения в г. Миргород в 04.2017 Хумодар Р заменен на Генсулин Н, Генсулин Р. Комы отрицает.. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з- 10ед., п/у-10 ед.,Генсулин Н п/з 30 ед, п/у 30 ед, Гликемия –5-8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Ампутация 1п левой стопы в 06.2016. вскрытие абсцеса 1п правой стопы в 12.2016. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг/сут, финеренон/плацебо 1т /сут, 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 |
| 09.02 | 135 | 4,68 | 7,4 | 36 | 0 | 5 | 61 | 29 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 09.02 | 95 | 3,99 | 1,49 | 1,35 | 1,96 | 2,0 | 3,8 | 86 | 10,4 | 2,5 | 1,2 | 0,42 | 0,44 |

09.02.18 Глик. гемоглобин -8,0 %

09.02.18 К –4,36 ; Nа – 137,6 Са++ -1,18 С1 -101 ммоль/л

### 09.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 6-8-10 в п/зр белок – 1,23 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

13.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – 0,640

12.02.18 Суточная глюкозурия – 0,39%; Суточная протеинурия – 1,3 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.02 | 8,7 | 12,1 | 3,7 | 9,0 |  |
| 11.02 | 5,9 | 7,4 | 9,8 | 9,3 | 6,3 |
| 16.02 | 7,5 | 9,7 | 9,0 |  |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Дисциркуляторная энцефалопатия 1- II ст.. смешанного генеза, цереброастенический с-м.

16.02.18 Окулист: На роговице радиальные насечки.

Уплотнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены неравномерного калибра, полнокровны, с-м Салюс 1-2, микроанеризмы, Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Оперированная миопия ОИ.

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

12.02.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: хипотел 4-80 мг ур. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

15.02.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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.

Лечение: Генсулин Р, Генсулин Н, эналаприл, финеренон/плацебо, аторвакор, предуктал MR, перевязки с перекисью водорода, йоддицирином, тивортин, магникор, актовегин, мильгамма, диалипон, торадив,

Состояние больного при выписке: Сохраняется умеренная гипергликемия в утренние часы, уменьшились боли в н/к, уменьшился отек и серозное отделяемое из трофической язвы. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга 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 Р п/з-10-12 ед., п/уж -10-12 ед., Генсулин Н п/з-30-32 ед., п/уж – 30-32ед.,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.. Контроль СОЭ по м/ж.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д., финеренон/плацебо 1т утром, торадив (торсид) 10 мг утром предуктал MR 1т 2р/д. Контр. АД.
9. Диалипон 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.
10. Рек. невропатолога: прамистар 1т 3р/д , сермион 30 мг веч, неогабин 75 мг 1т 2р/д 1 мес.
11. Продолжить перевязки трофической язвы с йоддицирином.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.