#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 475

##### Ф.И.О: Вишняков Владимир Михайлович

Год рождения: 1958

Место жительства: г. Запорожье ул. Космическая 112б/ 4

Место работы: ЗНУ, профессор каффедры

Находился на лечении с 29.03.17 по 07.04.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма., ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение, Диаб. ангиопатия артерий н/к. с-м диабетической стопы 0 ст, смешанная форма. ампутационные культи 1 – II п пр. стопы. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Смешанный зоб II ст. Узел правой доли. Эутиреоидное состояние. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. ДЭП 1, цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5-7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., общую слабость, быструю утомляемость, пекущие боли в стопах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011 г на фоне длительно незаживающей троф. язвы пальца. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: амарил 3мг, сиофор 1000 2р/д Гликемия –7,5-10,0-12,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 6 лет, гипотензивная терапия нерегулярная. В 2010 ампутация 1п правой стопы в связи с гангреной. В 2014 ампутация II п правой стопы. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.03.17 Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр – 4,0 лейк – 4,7 СОЭ – 35 мм/час

э- 1% п- 0% с- 68% л- 28 % м- 3%

30.03.17 Биохимия: СКФ –135,5 мл./мин., хол –6,3 тригл -1,43 ХСЛПВП -0,9 ХСЛПНП -3,8 Катер -6,0 мочевина –6,3 креатинин –126,5 бил общ –10,0 бил пр –2,5 тим – 4,1 АСТ – 0,34 АЛТ – 0,49 ммоль/л;

05.04.17 Биохимия: мочевина –8,2 креатинин – 104,5

31.03.17 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 1,9 (0-30) МЕ/мл

### 30.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,388 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

03.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр -250 белок – 0,244

31.03.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,405

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.03 | 6,9 | 9,0 | 6,7 | 5,2 |
| 05.04 | 5,8 | 5,4 | 6,4 |  |

29.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение, хр. течение ДЭП 1, цереброастенический с-м.

03.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. с-м диабетической стопы 0 ст, смешанная форма. хр, остеомиелит вне обострения?

06.04.17 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

05.04.17.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст ; с увеличением её размеров и размеров селезенки, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы;

29.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =0,4 см3; лев. д. V =7,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом В пр доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,73 \*1,37 см. с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: амарил, сиофор, эналаприл, тиогамма, мильгамма, тивортин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. Культи пальцев без особенностей. АД 130/80 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. амарил, (диапирид олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 5 мг утром, 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла с послед. консультацией.
7. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или АРА II.
8. Рек хирурга р- гр пр. стопы в плановом порядке. Наблюдение сосудистого хирурга.
9. Б/л серия. АГВ № 235738 с 29.03.17 по 07.04.17. к труду 08.04.17

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В