#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 797

##### Ф.И.О: Синчук Валерий Сергеевич

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье ул. Глиноцементная 7/1

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 30.05.17 по 08.06.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции. Диаб. ангиопатия артерий н/к II Б ст. С-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма. Трофическая язва левой пяточной области вст. эпителизации 1 ст по Вагнеру. СПО (2012) ампутация 1- V пальцев пр. стопы. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. Ожирение Ш ст. (ИМТ 42 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II ст 3 степени. Гипертензивное сердце. Неполная блокада ПНПГ. СН 1. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на онемение пальцев ног, отек голеней, стоп к вечеру, длительно незаживающая трофическая язва в области левой стопы (с 01.2016) , боли в н/к, судороги ног, онемение ног, снижение чувствительности.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. при обращение по поводу сухости во рту, жажды, гипергликемии 13-14 ммоль/л. Ранее принимал ССТ: амарил, сиофор. С 2008 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Хумодар К 25 100Р в сочетании с метформином. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 48ед., п/у- 36ед., диаформин 1000 2р/д. Гликемия –7,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг, амлодипин 10 мг веч. АИТ, гипертрофическая форма. АТ ТПО –554 (0-30) МЕ/мл (2014). 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 |
| 31.05 | 154 | 4,6 | 5,3 | 18 | 0 | 3 | 66 | 28 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 31.05 | 167 | 3,2 | 1,66 | 1,0 | 1,44 | 2,2 | 2,9 | 77 | 10,2 | 2,5 | 0,9 | 0,12 | 0,38 |

19.05.17 глик гемоглобин 10,0%

01.05.17 К – 4,5 ; Nа – 143,7 Са - 2,45 Са++ - С1 - ммоль/л

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

01.05.17 Суточная глюкозурия – 0,36%; Суточная протеинурия – отр

##### 01.06.17 Микроальбуминурия –102,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 31.05 | 6,2 | 8,1 | 7,1 | 7,2 |
| 03.06 | 9,1 |  | 10,2 | 10,9 |
| 07.06 | 5,8 | 5,9 | 4,3 | 8,6 |

30.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 6), хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

30.05.17 ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо. Неполная блокада ПНПГ.

02.06.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II ст3 степени. Гипертензивное сердце. Неполная блокада ЛНПГ. СН 1. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т1р\д, предуктал 1т 2р/ д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

31.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II Б ст. С-м диабетической стопы 1 ст. смешанная форма. трофическая язва левой пяточной области в стадии эпителизации.

02.06.17 на р- гр левой пяточной кости определяется обезыствление апоневроза у места крепления ахилового сухожилия, характерно для пяточных шпор.

02.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено слева -1 ст, справа- II ст. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. 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.

01.06.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноокклюзивного атеросклероза. Стеноз ЗББА слева 60-63% справа 43-47%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.50.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,5см3; лев. д. V = 9,3 см3

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

Лечение: мефармил, эналаприл, кардиомагнил, тиогамма, амлодипин, перевязки с бетадином, Хумодар К 25 100Р, тиоктацид, тивортин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст. Трофическая язва левой пяточной области в стадии эпителизации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. эндокриндиспансере.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 48ед., п/уж -36 ед

ССТ: мефармил (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. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/ 1 мес.,
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Наблюдение окулиста по м\ж.
7. Рек хирурга: продолжить ежедневную обработку бетадином. «Д» наблюдение хирурга по м\ж.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В