#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 828

##### Ф.И.О: Зыков Виктор Леонтьевич

Год рождения: 1961

Место жительства: К-Днепровский р-н,К. Днепровская ул. Смирнова 67а

Место работы: ООО «Укрпромвентиляция» , зам. генерального директора.

Находился на лечении с 06.06.17 по 16.06.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. С-м диабетической стопы II ст смешанная форма. Состояние после операции (2016) Ампутация 1-V п. левой стопы. Трофическая язва левой стопы (подошвенная поверхность) II ст по Вагнеру, в ст. регенерации, частичная эпителизация. Диффузный зоб II ст., эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 40кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I- II. Риск 4. Облитерирующий атеросклероз н/к.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, пастозность в обл. левой н/к ( п/операционная культя).

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. (Диабетон MR, амарил). С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию – Фармасулин Н. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 10ед., п/о-12 ед., п/у- 12ед. Гликемия –13 ммоль/л. НвАIс - 13 % от 12.2016. Последнее стац. лечение в ЗОЭД, 2004г. Повышение АД в течение 13 лет. Из гипотензивных принимает тенорик. В 2016 ампутация 1- V пальцев левой стопы в отд. диаб стопы 3-й ГБ (флегмона левой стопы). С 28.02.16-.16.05.16 лечился в 3-й гор. больнице по поводу длительно незаживающей трофической язвы левой стопы. 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 |
| 07.06 | 149 | 4,5 | 4,6 | 8 | 1 | 1 | 75 | 23 | 0 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.06 | 131,2 | 5,5 | 2,0 | 0,8 | 3,8 | 5,9 | 4,0 | 92,4 | 11,1 | 2,9 | 3,37 | 0,24 | 0,35 |

### 16.07.17 ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл

### 07.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,37 ацетон –отр; эпит. пл. -1/2 ; эпит. перех. - в п/зр

12.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 1000 белок – 0,26

08.06.17 Суточная глюкозурия – 0,1 %; Суточная протеинурия – 0,373

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.06 | 7,4 |  |  | 6,7 |
| 08.06 |  | 7,3 | 7,0 |  |
| 10.06 | 5,4 | 8,9 | 6,7 | 7,5 |
| 12.06 |  | 5,2 |  |  |
| 15.06 | 4,7 | 4,9 | 3,8 | 6,3 |

06.60.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение.. С-м диабетической стопы. ампутация дистальных отделов левой стопы.

14.06.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9-1,0

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиосклероз с-м Салюс 1. Вены неравномерно расширены, сосуды извиты. По ход сосудов микрогеморрагии, микроаневризмы, экссудаты. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

060.617 ЭКГ: ЧСС – 67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

15.06.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I- II. Риск 4.

12.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.06.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст. облитерирующий атеросклероз н/к. Хр. течение 2Б ст. С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма. Состояние после операции (2016): ампутация пальцев левой стопы, трофическая язва левой стопы (подошвенной поверхности) II ст по Вагнеру в ст регенерации, частичной эпителизации.

06.06.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

06.06.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,2 см3; лев. д. V = 9,7см3

Перешеек –0,9 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, метфогамма, тиогамма ,актовегин, диалипон, нуклео ЦМФ, алпростан, витаксон, ксилат

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-18 ед., п/уж -16 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Рек. кардиолога: небивал 2,5 – 5 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
3. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Рек окулиста конс, лазерного хирурга.
7. Наблюдение хирурга по м\ж ,продолжить обработку бетадином.
8. Б/л серия. АГВ № 235883 с 06.06.17 по 16.06.17. к труду 17 .06.17

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В