#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1235

##### Ф.И.О: Ященко Александр Григорьевич

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Энергодар ул. Комсомольская 77-82

Место работы: ОО « Помыленные защитные покрытия» начальник участка.

Находился на лечении с 06.09.17 по 19.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, ст. субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

Диабетическая ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма. Трофические язвы подошвенной поверхности обеих стоп 1 ст по Вагнеру в ст. очищения, регенерации. Варикозная болезнь н/к. ВРВ II ст голени с двух сторон. СПО (2016) флебэктомия. Диффузный зоб 1. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на общую слабость, утомляемость, судороги икроножных мышц снижение веса на 5 кг за год (соблюдал режим диетотерапии), ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016гпри обследовании у ангохирурга по поводу ВРВ н/к. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП.В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг утром, + диаформин 850 веч. Гликемия 5-10 ммоль/л. НвАIс – 6,1 % от 05.09.17. Трофические язвы обеих стоп в течение 6 мес. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.09. | 139 | 4,2 | 4,7 | 30 | 3 | 2 | 51 | 42 | 2 |
| 13.09 | 136 | 4,6 | 7,6 | 24 | 1 | 2 | 60 | 35 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.09 | 109 | 3,95 | 1,63 | 1,05 | 2,15 | 2,7 | 4,1 | 71 | 14,4 | 3,7 | 0,6 | 0,37 | 0,13 |

07.09.17 К –4,9 ; Nа –133 Са++ - 1,06С1 - 103 ммоль/л

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

08.09.17 Суточная глюкозурия – 0,43 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.09.17 Микроальбуминурия –22,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.09 |  |  | 5,5 | 5,2 |
| 07.09 | 6,2 | 4,8 |  |  |
| 08.09 | 6,0 |  | 4,7 | 6,2 |
| 04.09 | 4,8 | 6,0 | 5,7 | 6,7 |
| 12.09 | 6,3 | 7,9 | 5,6 | 7,6 |

14.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

08.09.17Окулист: Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены широкие, полнокровные. В макулярной области без особенностей.

06.09.17ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

06.09.17 На р-гр стоп без костно-деструктивных изменений. Признаки ДОА в 1х плюснефаланговых с-вах ив межфаланговых суставах обеих стоп

06.09.17Кардиолог: на момент осмотра органической патологии сердца не выявлено.

08.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.09.17Хирург: С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма. Трофические язвы подошвенной поверхности обеих стоп 1 ст по Вагнеру в ст. очищения, регенерации. Варикозная болезнь н/к. ВРВ II ст голени с двух сторон. СПО (2016) флебэктомия.

07.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

18.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,6 см3; лев. д. V =12,1 см3

Перешеек –0,45 см.

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

Лечение: Диабетон MR, мефармил, ципрофлоксацин, эспа-липон, актовегин, витаксон, перевязки на обл. троф. язвы с бетадином, гентаксаном.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. Трофические язвы в ст регенерации. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*1р/д

Контроль показателей гликемии в динамике, глик гемоглобина через 3 мес. Повторный осмотр эндокринолога ОКЭД через 3 мес.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Эспа-липон 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.
4. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. (сдал на. крови на ТТГ, АТТПО – в работе). Повторный осмотр эндокринолога с результатами.
6. Направить на ВКК по м/ж, учитывая наличие длительно незаживающих трофических язв, для решения вопроса о переводе не легкий труд с целью ограничения нагрузки на н/к.
7. Рек хирурга: обработка троф. язв Н2О2, бетадином, гентаксаном.
8. Б/л серия. АДГ № 6715 с 06.09.17 по 19.09.17. к труду 20.09.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В