#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 833

Ф.И.О: Мацюк Василий Александрович

Год рождения: 1956

Место жительства: Пологовский р-н, с. Воскресенска ул. Украинская 5413

Место работы: ЧП «Полетехника – Сервис» охранник, инв Ш гр

Находился на лечении с 14.06.18 по  23.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, , средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Атеросклероз артерий н/к. Стенозирующая форма. Синдром диабетической стопы, инфицированная трещина правой стопы. Хроническая ишемия IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Энцефалопатия Iст. сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая). Церебрастенический синдром. Гипертоническая болезнь II ст ,3 степени . Гипертензивное сердце. СН I ст .Риск 4.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, наличие трещины между IV и V пальцами правой стопы, боль, отек и гиперемию на правой стопе, снижение веса на 3-4 кг за год, ухудшение зрения, ухудшение памяти, онемение в н/к, периодически отеки н/к, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (глюкофаж, амарил). В последующем в связи с гипогликемическимим состояния амарил был отменен С 28.02.17 пациент принимает участие в клиническом исследовании по протоколу МК-8835-004-01/В1521021 «Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое, проводимое в параллельных группах, исследование для оценки кардиоваскулярных исходов при лечении Эртуглифлозином на базе ГУ УкрГос НИИ МСПИ МОЗ Украины .С 09.03.17 года пациент получает исследуемый препарат /плацебо: PF0471729 5мг/плацебо и РF-04971729 10 мг /плацебо по 1 табл 1 р\день ( справка прилагается). Гликемия амбулаторно 5,6-10 ммоль/л, глик гемоглобин от 14.06.18-6,2%. Состояние ухедшилось 09.06.18 , появились описанные жалобы на боль, отек и гиперемию пр.стопы. самостоятельно принимал кларитромицин. Консультрован хирургом в ГБ №3, госпитализация в х/о не показана. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 20 лет. В настоящее время принимает липразид 20 мг 1р/д. Последняя госпитализация в 2016. Диффузные изменения паренхимы щит железы по данным УЗИ с 2012, АТТГ – 46,4 ( 0-100) АТТПО 24,5 ( 0-30) ТТГ 1,2. Страховой анамнез: Б/л серия. АДГ № 6715 с 17.10.17 по 26.10.17. к труду 27.10.17

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 14.06 | 157 | 4,7 | 9,6 | 23 | |  | | 0 | 6 | 60 | 31 | | 3 | | |
| 18.06 | 159 | 4,6 | 5,1 | 15 | |  | | 3 | 2 | 44 | 46 | | 5 | | |
| 21.06 | 153 | 4,6 | 6,5 | 12 | |  | | 1 | 1 | 56 | 35 | | 7 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 15.06 |  | 3,51 | 1,44 | 1,13 | 1,71 | | 2,1 | 3,3 | 89 | 13,9 | 3,1 | 3,0 | | 0,1 | 0,3 |

16.06.18 Амилаза – 15,8

15.06.18 АЧТЧ – 28,5 МНО 1,01 ПТИ 99,3 фибр 4,4

14.06.18 Гемогл –157 ; гематокр – 0,49 ; общ. белок –81 г/л; К –4,11 ; Nа – 141 ммоль/л

### 18.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

18.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500эритр - белок – отр

15.06.18 Суточная глюкозурия – 5,6 %; Суточная протеинурия – отр

22.06.18 Сут. Микроальбуминурия -103/7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.06 |  |  | 4,9 | 6,3 | 5,3 |
| 15.06 | 5,2 |  | 5,7 | 8,3 |  |
| 16.06 | 6,6 |  | 8,4 | 3,6 | 5,6 |
| 17.06 |  | 7,7 |  |  |  |
| 18.06 | 5,2 |  | 6,2 | 5,1 | 5,9 |
| 19.06 |  | 4,9 |  |  |  |
| 20.06 | 4,7 | 4,2 | 6,1 | 7,2 |  |

23.10.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия Iст. сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая).Церебрастенический синдром

21.06.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9 ; Факосклероз. Гл. дно: Сосуды сужены, умеренно извиты, склерозированы. Вены нераномерного калибра, полнокровны. Салюс I-II. В макуле депигментация Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ .

14.06.18 ЭКГ: ЧСС -75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

19.10.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II ст ,3 степени . Гипертензивное сердце. СН I ст .Риск 4. Р-но:

14.06.18Ангиохирург: Атеросклероз артерий н/к. Стенозирующая форма. с-м диабетической стопы. инфицированная трещина правой стопы. Хроническая ишемия IV ст р-но: лоспирин 75, этсет 20, нейровитан 1 т 2р/д-1 мес, контроль липидограммы.

15.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. СДС 1- II ст, смешанная форма, инфицированная трешина пр. стопы

22.06.18 Хирург: Состояние с положит.динамикой, гиперемия, отечность стопы не определюется, пальпация б/б. Рана чистая. Отделяемое судное, серозное. Данных за гнойное воспаление нет. Р-но: продолжить обработку декасаном, бетадином, повязки с солкосерилом, пантестином до заживления. Наблюдение хирурга по м/ж, невролога, р-ции ангиохирурга.

14.06.18 На р-гр правой стопы в 2х проекциях признаки ДОА в 1 пл фаланги, деструктивных изменений не выявлено.

17.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1 см3; лев. д. V =4,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: каптопрес, цефтриаксон, зацф, метронидазол, диамет, нимесил, серрата, парацетамол, вессел дуэ-Ф, альфа-липон, липразид, аторваст, асафен, зацеф, тивортин, атоксил, щелочное питье, перевязки

Состояние больного при выписке: Проведена а/б, противовоспалительная терапия, состояние с положит.динамикой, ацетонурии нет, гликемия в пределах компенсированных значений, гиперемия, отечность стопы не определюется, стопа безболезненная , рана чистая, отделяемое судное, серозное. Данных за гнойное воспаление нет. Нуждается в наблюдении и лечении у хирурга по месту жительства, однако пациент настаивает на выписке к труду, о последствиях предупрежден. **Явка к хирургу по м/ж 23.06.18.**

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж, диамет) 850 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: лизиноприл 10 мг 1 т утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Соблюдение рекомендаций хирурга, ангиохирурга.
9. **Явка к хирургу по м/ж 23.06.18.**
10. Б/л серия. АДЛ № 177586 с .1414.06.18 по 23.06.18 к труду 24.06.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.