#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 180

##### Ф.И.О: Тонев Григорий Иванович

Год рождения: 1961

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Кирова, л Новая, 21

Место работы: ООО «Проминь», зам директора инв II гр.

Находился на лечении с 06.02.14 по 17.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш ст, Состояние после ампутации левой н/к. Ампутационная культя левого бедра. Фантомные боли. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз, неполная блокада ЛНПГ. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Субклинический гипотиреоз. Хронический гепатит С.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 2 кг за год, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., пекущие боли в правой н/к, «фантомные» боли в левой н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 09.2009 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н 30/70 п/з-42 ед., п/у- 24ед. глюкофаж 850 мг /утр + 100 мг веч. Гликемия –5,6-9,8-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает престариум 10 мг веч. В 2008-2009 – бедренно-подколенное протезирование лев. н/к аллопротезом В мае 2009 тромбэктомия из протеза заднеберцовой артерии, в 09.2009 острый тромбоз бедренно-подколенного аллопротеза, в связи с чем произведена ампутация лев. н/к. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.02.14 Общ. ан. крови Нв – 141 г/л эритр –4,3 лейк –5,4 СОЭ – 25 мм/час

э- 4% п-0 % с- 69% л- 22 % м- 5%

.02.14 Биохимия: СКФ –97,9 мл./мин., хол –5,4 тригл -1,46 ХСЛПВП -1,2 ХСЛПНП -3,5 Катер -3,5 мочевина –6,8 креатинин – 96 бил общ –14,3 бил пр – 3,6 тим – 5,2 АСТ – 0,96 АЛТ –1,25 ммоль/л;

13.02.14 бил общ – 11,4 бил пр – 2,7 тим – 4,5 АСТ – 0,56 АЛТ – 0,91

07.02.14 Глик. гемоглобин -8,5 %

07.02.14ТТГ – 6,5 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 137 (0-30) МЕ/мл

### 07.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,258 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

11.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -100 эритр - белок – 0,126

11.02.14 Суточная глюкозурия –0,31 %; Суточная протеинурия – 0,087 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.02 | 7,5 | 10,8 | 6,3 | 4,4 |
| 10.02 | 6,8 | 6,1 | 5,4 | 4,0 |
| 13.02 |  |  |  | 4,8 |

10.02Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш ст, Состояние после ампутации левой н/к. Ампутационная культя левого бедра. Фантомные боли.

06.02Окулист: VIS OD= 0,8 OS=0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, ретинальные кровоизлияния. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

06.02ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Полная блокада ЛНПГ

07.02Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, неполная блокада ЛНПГ. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

10.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,8см3; лев. д. V =11,4 см3

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

Лечение: престариум, сторвас, кардиомагнил, глюкофаж, трифас, медитан, амлодипин, фармасулин Н 30/70, тиогамма, актовегин, эссенциале.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н 30/70 п/з- 42-44ед., п/у- 24-26ед.,

глюкофаж (сиофор, диаформин) 850-1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (крестор 20 мгвеч) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: престариум 10 мг веч., трифас 2,5 мг утром. При неустойчивом снижении АД к терапии амлодипин 5-10 мг веч. Контроль АД, ЭКГ.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.
6. Рек. невропатолога: медитан 300 мг 3р/сут, лирика 150 мг 5 дней затем 300 мг/сут.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ ч\з 2,5-3 мес.
8. Гепатопротекторы 4-8 нед ( эссенциале форте по 2 к 3р\д), динамика печеночных проб, при необходимости конс. гастроэнтеролога по м\ж.
9. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д. конс. лазерного хирурга.
10. Б/л серия. АГВ № 234270 с 06.02.14 по 17.02.14. К труду 18.02.14г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.