#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1241

##### Ф.И.О: Иванов Григорий Игоревич

Год рождения: 1950

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. 14 сентября 121

Место работы: Коллективное предприятие Райагрострой автокрановщик,

Находился на лечении с 13.10.16 по 25.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хронический остеомиелит правой стопы. Состояние после ампутации 1п. пр. стопы ( 08.2016) трофическая язва культи 1 п. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Ш ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Узловой зоб 1. Узел левой доли. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за 3 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст.,

Краткий анамнез: гипергликемия 17,0 ммоль\л была выявлена во время стац лечение в х/о по м\ж по поводу гнойного остеомиелита 1п. левой стопы. 23.08.16 – экзартикуляция 1п . пр. стопы. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 16ед., п/о-10 ед., п/у-8 ед., Хумодар Б100Р 22.0012-14ед. Гликемия –15-6,7 ммоль/л. НвАIс – 10,3 % от 30.08.16. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, перевода на 2х кратную схему инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.10.16 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр – 3,9лейк 7,9 СОЭ – 29 мм/час

э-1 % п-0 % с-72 % л-25 % м- 2%

17.10.16 Биохимия: СКФ –88,7 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,85 ХСЛПВП -1,32 ХСЛПНП – 3,03Катер -2,9 мочевина –5,8 креатинин – 90,5 бил общ –10,2 бил пр – 2,5 тим – 1,7АСТ – 0,23 АЛТ –0,44 ммоль/л;

17.10.16ТТГ – 3,0 (0,3-4,0) Мме/мл ; АТ ТПО –21,1 (0-30) МЕ/мл

### 18.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2; эпит. перех. - в п/зр

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

17.10.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 17.10.16 Микроальбуминурия –105 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.10 | 7,9 | 5,8 | 4,8 | 4,4 | 4,5 |
| 18.10 | 5,9 | 4,2 | 8,9 | 9,8 |  |
| 19.10 | 7,2 |  | 6,6 | 10,1 |  |
| 21.10 | 8,9 | 6,4 | 7,6 | 9,2 |  |
| 22.10. | 7,1 |  |  | 5,2 |  |

13.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Ш ст.

13.10.16Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,8

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

13.10.16ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ.

17.10.16 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная полинейропатия н/к. Хронический остеомиелит правой стопы. Состояние после ампутации 1п. пр. стопы ( 08.2016) трофическая язва культи 1 п

17.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.10.16 На р-гр левой стопы в 2х проекциях определяются культи 1п на уровне головки 1пплюснефаланговой кости с признаками разрушения костной структуры по медиальному контуру.

17.10.16РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

17.10.16Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: ЗББА слева - окклюзия. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,7 см3; лев. д. V =5,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные В левой доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,4\*1,1 см. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, диалипон, актовегин, витаксон, ливостор, нуклео ЦМФ, Р-но терапия, перевязки с йоддицирином.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. отечность и гиперемия в области трф.язвы уменьшились, рана с явлениями грануляции, частично эпитализирована АД 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. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 28-30ед., п/уж -16-18 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (ливостор 20 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 2,5 мг с нефропротекторной целью, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес, витаксон 1т. \*3р/д1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит. железы.
10. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
11. Рек хирурга: ежедневные перевязки с йоддицирином, наблюдение хирурга по м\ж.
12. Б/л серия. АГВ № 2354 с 06.10.16 по 25.10.16. К труду 26.10.16.

##### Леч. врач Левченко Е.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.