#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 698

##### Ф.И.О: Емельянов Юрий Николаевич

Год рождения: 1947

Место жительства: Запорожский р-н, с. Балабино ул. Мира 33

Место работы: УБД серия АБ№ 199808

Находился на лечении с 11.05.17 по 23.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, (NSS 6, NDS 6) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. СДС 0 ст. смешанная форма (ампутация 2 пальца пр стопы по поводу флегмоны в 2015). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Инфаркт лабиринта слева (2016) вестибуло-атактический с-м. Макроаденома гипофиза. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Возрастная макулопатия. Миопия ОИ. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, бои в н/к, судороги ног, онемение, головные боли, головокружения, дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию: Фармасулин НNP п/у-12-14 ед. + диаформин 500 мг 1р\д. В 2015 стац. лечение в х/о ЗОКБ с диагнозом: «С-м диабетической стопы, смешанная форма, гангрена 2п. пр. стопы., флегмона пр. стопы». 05.05.15 выполнена ампутация 2 пальца пр.стопы, вскрытие флегмоны пр. стопы., переведен на Актрапид НМ п/з 6 ед, п/о 6 ед, п/у6 ед,. глюкофаж 500 мг 2р\д (принимает в настоящее время). Гликемия –8-10 ммоль/л. с 08.09.16 по 13.09.16 стац лечение в ЛОР отд ЗОКБ с диагнозом инфаркт лабиринта слева, аденома гипофиза с интра и экстраселлярным ростом. 08.09.16 по данным МРТ головного мозга, образование селлярной области ( вероятно аденома гипофиза) с частичной инвазией латеральной стенки левого кавернозного синуса. Анизоветрикулия. Очаг в медианных отделах пирамиды левой височной кости. 05.09.16 ТТГ – 1,24 Т4св 1,44, СТГ 0,08, пролактин 5,3, АКТГ 16,1, кортизол – 18,7. Боли в н/к беспокоят в теченеи 5 лет, повышенеи АД в течение года. Гипотензивную терапию не получает. 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 |
| 12.05 | 178 | 5,3 | 4,5 | 21 | 3 | 1 | 65 | 29 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.05 | 99,7 | 6,2 | 1,43 | 1,51 | 4,0 | 3,1 | 5,4 | 90,2 | 19,1 | 4,4 | 0,90 | 0,24 | 0,56 |

16.05.17 пролактин – 170,19мМЕ/мл ( 57-600) ,кортизол – 929,81 (160-670), АКТГ – 23,1 (7,2-63,3)СТГ 0,09 ( <3,0)

12.05.17 Глик. гемоглобин – 7,7 %

12.05.17 К – 4,7 ; Nа –143,2

12.05.17Св.Т4 - 14,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,4(0,3-4,0) Мме/мл

АТ ТГ - 44,0 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО – 15,2 (0-30) МЕ/мл

15.05.17 Коагулограмма: ; ПТИ – 89,3 %; фибр –3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6

### 12.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –следы; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 15.05.17 ацетон – отр

15.05.17 Суточная глюкозурия –0,25%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.05.17 Микроальбуминурия – 48,3мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.05. | 3,0 | 6,6 | 3,5 | 6,9 |
| 13.05 | 6,0 | 8,2 | 6,9 | 5,6 |
| 14.05 | - | 6,9 | 5,7 | 6,1 |
| 15.05 | 4,6 | 7,2 | 4,0 | 6,6 |
| 16.05 | 5,4 | 8,8 | 5,8 | 8,0 |
| 18.05 | 6,2 | 5,8 | 5,4 | 5,5 |
| 20.05 | 6,9 | 6,9 | 6,0 | 7,1 |

11.05.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза, инфаркт лабиринта слева (2016) вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, (NSS 6, NDS 6) хроническое течение. Инфаркт лабиринта слева (2016) вестибуло-атактический с-м. Микроаденома гипофиза.

13.05.17 Нейрохирург: Макроаденома гипофиза. Дисциркуляторная энцефалопатия.

12.05.17 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Сосуды сужены, извиты. с-м Салюс1- II. В макуле рефлекс сглажен. Единичные друзы. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Возрастная макулопатия. Миопия ОИ.

11.05.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

22.05.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. АВ блокада 1 ст. Гипертрофия левого желудочка.

12.05.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1.

17.05.17 МРТ – головного мозга: МРТ картина умеренно выраженной лейкоэнцефалопатии ( сочетанного дисциркуляторного и дисметаболического генеза). Начальная церебральная атрофия. Образование селлярной области (макроаденома?) с инвазией левого вавернозно синуса, умерено компрессией хиазм и воронки гипофиза. В равнении с исследованием от 09.2016 МРТ картина без отрицательно динамики.

12.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.05.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст СДС 0ст,смешанная форма.

16.05.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки атеросклеротической диабетической макроангиопатии артерий н/к, окклюзия ЗББА в н/3 с двух сторон.

16.05.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше.

13.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,2 см3; лев. д. V = 7,3 см3

На всем протяжении обеих долей лоцируется множественные образования размерами от 0,4 см до 1,3 см, с четко очерченные, гипоэхоенной неоднородной структуры без признаков дорзального усиления. На остальном протяжении эхоструктура паренхимы нормальной эхогенности, диффузно неравномерная с чередованием гипоэхоегных и гиперэхоегнных участков, мелкими фиброзными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаки наличия множественных мягких очагов в обеих долях щит. железы, на фоне изменений диффузного типа в её паренхиме, с тенденцией к увеличению объема.

Лечение: Актрапид НМ, глюкофаж, Инсуман Базал, тиоктодар, пирацетам, витаксон, атоксил, аспаркам, метфогамма

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога, нейрохирурга, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з 6 ед,

диаформин (сиофор, метфогамма, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Тиоктодар 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. УЗИ щит. железы чрез 6 мес. для уточнения наличия узлов щит. железы. При показаниях направить на ТАПБ. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Контроль кортизола через 1 мес с последующим осмотром эндокринолога ОКЭД.
7. Рек нейрохирурга: оперативное лечение в настоящее время не показано. Контроль МРТ через год. Наблюдение невролога, эндокринолога по м\ж.
8. Рек кардиолога: ЭХОКС, предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д, арифон ретард 1 т1р\д

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В