#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1528

##### Ф.И.О: Соболев Игорь Олегович

Год рождения: 1972

Место жительства: г. Запорожье ул. Брюлова 16-36

Место работы: н/р

Находился на лечении с 02.11.17 по 14.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. II ст. С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма. СПО (2016) – ампутация V п левой стопы с резекцией V плюсневой кости. Трофическая язва левой стопы, 1- II ст. по Вагнеру в ст. регенерации. Хронический остеомиелит левой стопы, деструкция головки IV плюсневой кости. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутиреоз. Метаболическая кардиомиопатия САГ 1 ст. Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания коротким курсом получал инсулинотерапию. В дальнейшем был переведен на прием ССТ. В настоящее время принимает сиофор 1000 мг 2р/д, амарил 2 мг 1р/д, Гликемия амбулаторно 8-15 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2007г. Повышение АД периодически при психоэмоциональном перенапряжении в течение года. СПО (2016) – ампутация V п левой стопы с резекцией V плюсневой кости по поводу гангрены левой н/к. 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 |
| 03.11 | 138 | 4,2 | 11,3 | 54 | 2 | 7 | 64 | 18 | 3 |
| 09.11 | 132 | 4,0 | 8,4 | 56 | 0 | 5 | 68 | 24 | 3 |
| 10.11 | 125 | 3,7 | 20,8 | 36 | 0 | 4 | 80 | 15 | 1 |
| 11.11 | 124 | 3,7 | 8,9 | 39 | 1 | 8 | 55 | 35 | 1 |
| 13.11 | 137 | 4,1 | 5,3 | 45 | 2 | 9 | 47 | 38 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.11 |  | 6,97 | 2,76 | 1,04 | 4,66 | 5,7 | 4,6 | 101 | 11,2 | 2,9 | 1,0 | 0,29 | 0,16 |
| 09.11 | 103 |  |  |  |  |  | 5,5 | 88 |  |  |  |  |  |
| 10.11 |  |  |  |  |  |  |  |  | 11,2 | 2,7 | 0,54 | 0,27 | 0,22 |
| 11.10 |  |  |  |  |  |  | 7,5 | 106 | 10,8 | 2,70 | 0,5 | 0,25 | 0,21 |

09.11.17 Амилаза -20,2 диастаза 110,7

11.11.17 Амилаза -25,0 диастаза 31,6

13.11.17 Амилаза -21,7

2,2.11.17 Глик. гемоглобин -12,6 %

03.11.17Св.Т4 - 20 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –73,4 (0-30) МЕ/мл

09.11.17тропонин – отр

11.11.17 Гемогл – 124 ; гематокр – 0,38 ; общ. белок –57 г/л; К – 4,48 ; Nа –137 ммоль/л

03.11.17 К – 5,0; Nа – 1353,1 Са++ -1,2 С1 - 106 ммоль/л

03.11.17 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 112, %; фибр – 7,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин –4

### 03.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,127 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

### 11.11.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – 0,201 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

10.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 12500 эритр - 250 белок 1,13

13.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 3500- эритр - 1500 белок – 0,337

06.10.11.17 Суточная глюкозурия – 13 %; Суточная протеинурия – 0,912

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.11 |  | 12,3 | 11,7 | 13,2 |
| 03.11 | 16,5 | 17,4 | 14,4 | 15,3 |
| 04.11 | 11,4 | 12,7 | 16,7 | 18,3 |
| 08.11 | 9,5 | 7,6 | 6,7 | 7,6 |
| 10.11 | 7,4 |  | 8,4 | 8,7 |
| 11.11 | 8,8 | 7,6 | 8,0 | 13,3 |
| 13.11 | 12,1 | 9,9 | 9,9 | 12,1 |
| 14.11 | 7,4 | 8,5 | 3,9 | 10,3 |

02.11.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5),

02.11.17Окулист: Гл. дно: сосуды умерено извиты, вены неравномерного калибра, уплотнены с-м Салюс 1ст. Ангиопатия сетчатки ОИ.

02.11.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

10.11.17 На р- гр левой стопы в 2х проекциях культя V п. на уровне основания V плюсневой коcти в удовлетворительном состоянии, Отсутствие головки 1V плюсневой кости . Деформация в плюснефаланговых суставах стопы.

07.11.17 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

10.11.17 Р-скопия ЖКТ: хр. гастрит. хр. панкреатит.

10.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02-15.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. II ст. С-м диабетической стопы II ст, смешанная форма. СПО (2016) – ампутация V п левой стопы с резекцией V плюсневой кости. Трофическая язва левой стопы, 1- II ст. по Вагнеру в ст. регенерации. Хронический остеомиелит левой стопы, деструкция головки IV плюсневой кости. Хронический панкреатит с нарушением эндокринной, экскреторной функции, обострение .Хр. гастродуоденит, нестойкая ремиссия. Болевой и диспепсический с-м.

10.11.17 Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей.

10.11.17 хирург ЗОКБ: Хронический панкреатит в стадии обострения.

10.11.17 фг ОГК № 108065 без патологии

10.11.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени, застойных изменений в желчном пузыре, диффузных изменений паренхиме поджелудочной железы, микролитов в обеих почках

15.11.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением размеров правой доли и размеров селезенки, перегиба желчного пузыря, застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника

11.11.17Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

02.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,8см3; лев. д. V = 14,1 см3

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

Лечение: но-шпа, фосфалюгель, квамател, цефтриаксон, актовегин, Инсуман Базал, метфогамма, берлитион, витаксон, келтикан, ципрофлоксацин, веносмил, серрата, хипотел, анальгин, папаверин, кальция глюконат, димедрол, диклофенак, омез, гавискон, мезим 10тыс, проксиум, креон, перевязка на обл троф. язвы с йоддицирином

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. На фоне лечения обострения хр. панкреатита болевой и диспепсический с-мы купированы, трофическая язва левой стопы без признаков воспаления.

Рекомендовано:

1. Учитывая наличие троф. язвы левой стопы, хр. остеомиелит левой стопы, деструкцию головки IV пл. кости, изменения в ОАК, пациент направляется на конс в отд. диаб.стопы 3-й горбольницы
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога, хирурга, нефролога, по м\жит.
3. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-26-28 ед., п/уж -14-16 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При отсутствии противопоказаний со стороны ЖКТ добавить к лечению препараты метформинивого ряда с коррекцией дозы инсулина

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: хипотел 40 мг1р/д, ивабрадин 5 мг 1р\д,
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., , витаксон 1т. \*3р/д.1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек гастроэнтеролога: стол № 5-9, меверин 1т 2р/д за 15-20мин до еды, пангрол 10 тыс1 к 3р/д во время еды 1мес, хомлесан 1к3р/д за 30 мин до еды 1 мес, Контроль УЗИ 2р/год
7. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
8. Канефрон 2т 3р/д. контроль ан. мочи по Нечипоренко в динамике. Конс. нефролога по м/ж.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Т4св через 1 мес с послед. конс. эндокринолога
10. Контроль ОАК через 1 нед.
11. Рек хирурга: продолжить перевязки на обл. троф.язвы левой стопы с Н2О2 , бетадином, гентаксаном,

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.