#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 995

##### Ф.И.О: Кирпа Анатолий Васильевич

Год рождения: 1950

Место жительства: г. Энергодар ул. Приднепровская 4-2

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.07.17 по 25.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Незрелая катаракта дырчатая макулодистрофия ОД. Начальная катаракта OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. Хроническая ишемия левой н/к II В ст. С-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма. Трофические язвы 1, II, Ш плевой стопы 1ст по Вагнеру в ст. регенерации. Краевой некроз кожи 1, Ш п. левой стопы. Смешанный зоб II. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Энцефалопатия II сочетанного генеза, дисметаболическая, сосудистая, когнитивное снижение. ИБС, диффузный кардиосклероз полная блокада ПНПГ. СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/120 мм рт.ст., головные боли, отеки стоп, общую слабость, быструю утомляемость, трофические нарушения 1- Ш п. левой стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг утром, сиофор 850 2р/д. Гликемия –8,0-13,0 ммоль/л. ДТЗ с 2015, принимал тиреостатики по схеме. В течение последнего года, тиреостатики не принимает. 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 |
| 12.07 | 135 | 4,1 | 5,9 | 45 | 2 | 1 | 71 | 23 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.07 | 101 | 4,8 | 1,97 | 0,97 | 2,92 | 3,9 | 6,9 | 90,2 | 10,4 | 2,6 | 0,9 | 0,21 | 0,14 |

13.07.17Св.Т4 - 13,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ 9,3(0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –11,8 (0-30) МЕ/мл

18.07.17Св.Т4 - 1,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 2,44(0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –5,0 (0-30) МЕ/мл

12.07.17 К – 4,07 ; Nа – 139,4 Са - Са++ - 1,11 - 106 ммоль/л

### 12.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 0-2 в п/зр белок – 0,252 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

13.07.17 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – 1,67

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.07 | 7,8 | 11,3 | 6,6 | 7,5 |
| 14.07 | 7,5 | 10,6 | 7,5 | 11,6 |
| 18.07 | 4,6 | 8,0 | 7,4 | 9,5 |
| 20.07 | 6,9 |  |  |  |

21.07.17Невропатолог: Энцефалопатия II сочетанного генеза, дисметаболическая, сосудистая, когнитивное снижение.

14.07.17 Окулист: ОИ – в хрусталике помутнение. На гл. дне ДЗН бледно-розовые. Гр четкие А:V 1:2 сосуды извиты, склерозированы, единичные микроаневризмы. Ед. Твердые экссудаты, В макуле ОД округлой формы дырчатое изменение. Д-з: Незрелая катаракта, дырчатая макулодистрофия ОД. Начальная катаракта OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

25.07.17ЭКГ: ЧСС ~92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий., тахикардия. Эл. ось не отклонена. Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

13.07.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз полная блокада. ПНПГ. СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

10.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено . Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к по видимому снижен . Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

13.07.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.07.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Хроническая ишемия левой н/к II В ст. С-м диабетической стопы ш ст, смешанная форма. Трофические язвы 1, II, Ш плевой стопы 1т по Вагнеру в ст. регенерации. Краевой некроз кожи 1, Ш п. левой стопы.

12.0.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,9 см3; лев. д. V = 25,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, не однородная. В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,95\*0,7 см. с кистозной дегенерацией. В левой доле в с/3такой же узел 4,9 \*2,85. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

13.07.17 ФГ ОГК№ 105679 без патологии

Лечение: тиогамма, актовегин, витаксон, магникор, нуклео ЦМФ, мефармил, Генсулин Н, верошпирон, Диабетон MR, сиофор, дигоксин, бисопролол, кардиомагнил

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, краевой некроз левой стопы без признаков воспаления. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга, ангиохирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 10-12ед.,., п/уж -8-10 ед., 22.00 ед.

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

1. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
2. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5-5 мг 1р\д, эплепрес 25 мг 1р\д, варфарин 2,5-5 под контролем МНО или добгартран 110 мг 2р/д.престариум 10 мг, трфиас 5 мг, ждигоксин 250 г ½ т 1р\д.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга в плановом порядке , Мема по схеме: 5 мг 1-я неделя, 10 мг -2-я неделя, 15 мг 3-я неделя, 20 мг 4-я неделя, затем до 6 мес, наблюдение невролога.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла левой доле в плановом порядке с послед. осмотром эндокринолога.
7. Контроль ОАК в динамике.
8. Рек хирурга: Дуплекс н/к, обработка перекисью водорода, бетадина, , сосудистая терапия (после конс. кардиолога. Ангиохирурга, невролога). Динамическое наблюдение.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В