#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 163

##### Ф.И.О: Чуча Александр Станиславович

Год рождения: 1972

Место жительства: К-Днепровский р-н. с. Ивановна ул. Щорса 18

Место работы: инв Ш гр, священник

Находился на лечении с 01.02.17 по 10.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.Диаб. ангиопатия артерий н/к. СДС, смешанная форма, состояние после вскрытия флегмоны левой стопы (09 2016) Ожирение II ст. (ИМТ 38,7кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Многоузловой зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия высокой степени. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертрофия левого желудочка. СН 1 .ф. кл II. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-31 ед., п/о-28 ед., п/у- 24ед. Хумодар Б100Р 22.00 40 ед.Гликемия –9,6-17,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к с начала заболевания. С 30.08.-.12.10.16 стац лечение в хирургическом отд по м\ж. – СДС и дренирование флегмоны левой стопы. С 10.10.16-28.10.16 госпитализация в 3-ю гор. больницу в гнойно-септическое отд. – вскрытие гнойных затеков флегмоны левой стопы. Повышение АД в течение 2 мес. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 1р\д . Ухудшение состояния с 09.2016, нестабильность гликемии, периодически ацетонурия. АИТ, гипертрофическая форма, многоузловой зоб с 2013, АТТПО -188, ТТГ -2,6. 06.2013 ТАПБ узло - цитологическая картина пунктата представлена скудным базофильным коллоидом, клеток фолликулярного эпителия в пунктатах нет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.02.17 Общ. ан. крови Нв –159 г/л эритр – 4,9 лейк –5,1 СОЭ –7 мм/час

э- 3% п- 3% с- 58% л- 33% м- 3%

02.01.17 Биохимия: СКФ –182 мл./мин., хол –5,5 тригл -7,7 ХСЛПВП -2,52 мочевина –4,7 креатинин –80,3 бил общ –22,1 бил пр –5,5 тим – 3,8АСТ – 0,53 АЛТ – 0,36 ммоль/л;

08.02.17 Глик гемоглобин – 8,9%, С-пептид 2,82 ( 1,1-4,4)

02.02.17 Св.Т4 - 13,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл

03.02.17 К –4,9 ; Nа – 136 Са – 1,2 ммоль/л

### 02.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

03.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1500 эритр - белок – отр

03.02.17 Суточная глюкозурия – 2,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 03.01.17 Микроальбуминурия –332 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.02 | 12,5 | 11,8 | 8,0 | 14,8 |  |
| 04.02 | 11,5 | 10,3 | 9,5 | 10,7 |  |
| 08.02 | 10,2 | 9,9 | 8,9 | 9,7 |  |
| 09.02 | 9,1 |  |  | 9,3 |  |
| 10.02 |  |  |  |  |  |

01.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

03.02.17Окулист: на роговице радиальные насечки, Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 аретрии сужены, вены уплотненны, сосуды извиты, с-м Салюс 1-II В макулярной области рефлекс сглажен Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия высокой степени ОИ.

01.02.17ЭКГ: ЧСС 85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

07.02.17ЭКГ: ЧСС 92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

02.02.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь I стадии 2 степени.

09.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-3ст ; с увелчиением её размеров и размеров седелзени, перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; функционального раздражения кишечника.

03.02.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст по смешанному типу. СПО (2016) вскрытие флегмоны левой стопы. остаточные явления после рожистого воспаления.

07.02.17 Хирург 3-й гор. больницы СДС, смешанная форма, состояние после вскрытия флегмоны левой стопы (09 2016)

07.02.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз согласован.

01.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,6 см3; лев. д. V = 8,6 см3

Перешеек – 0,1см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,45 см. В пр. доле в в/3 гидрофильный узел 0,8 см. у перешейка справа изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,2\*0,8 см. такой же узел л в левой доли в/3 1,0\*0,8 см. у перешейка слева такой же узел 1,8\*1,0 см. с кистозной дегенерацией. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: эналаприл, розарт, индапрес, мефармил, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, диалипон, тивортин, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая анамнез заболевания, наличие стабильного ожирения II ст ( ИМТ 38,7 кг/м2) клиническое течение СД, уровень с-пептида диагноз изменен на «СД тип 2» Послеоперационная рана практически полностью эпителизирована, не воспалена.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-32 ед., п/о- 28ед., п/уж -36 ед., Хумодар Б100Р 22.00 42 ед.

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

По окончанию лечения флегмоны левой стопы повторная госпитализация в эндиспансер для перевода на 2х кратную схему инсулинотерапии. При соблюддении режима диетотерапии возможно пересмотреть дозы инсулинотерапии во избежание гипогликемических состояний.

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. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р\д, престариум 2,5 - 5 мг. контроль ЭКГ. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек хирурга 3-й гор больницы: ежегодно курсы сосудистой терапии,, перевязки с 2% борной кислотой.
8. Рек. хирурга ОКЭД: продолжить обработку перекисью водорода, бетадином 1р\д.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит. железы.
10. Справка № с 01.02.17 по 10.02.17.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В