#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 736

##### Ф.И.О: Иванов Григорий Игоревич

Год рождения: 1950

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

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 10.05.18. по 06.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II –Ш ст. С-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма. Хр. остеомиелит пр стопы СПО (08.2016 ампутация 1п пр. стопы). Трофическая язва левой стопы 1 ст по Вагнеру в стадии регенерации. ИСБ, стенокардия напряжения II ф. кл . СН 0. Смешанный зоб 0-1. Узел левой доли. Эутиреоз. Хронический пиелонефрит стадия нестойкой ремиссии.

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, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, повышение АД до 130/80 с эпизодами гипотензии до 90/60 мм рт ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г во время стац лечения в хирургич. отд по м/ж по поводу гнойного остеомиелита 1 п. пр стопы. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 30ед., п/у- 18ед. Гликемия –6-15 ммоль/л. НвАIс – 9,1 % от 05.04.18 . Последнее стац. лечение в 2016г. Узловой зоб с 2016. ТТГ – 3,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 21,3(0-30) МЕ/мл от 10.2016 .Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 29.05 | 158 | 4,7 | 4,5 | 39 | |  | | 1 | 0 | 50 | 47 | | 2 | | |
| 31.05 |  |  | 4,9 | 46 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| 04.06 | 149 | 4,5 | 4,6 | 40 | |  | | 1 | 0 | 3 | 44 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 29.05 | 65,2 | 4,63 | 2,09 | 1,42 | 2,25 | | 2,2 | 4,0 | 96 | 12,4 | 3,0 | 0,92 | | 0,49 | 0,32 |

30.05.18 Глик. гемоглобин – 9,0%

29.05.18 АКТГ – 34,0 ( 7,2-63,3) пг/мл Кортизол – 9,63 (6,2-19,4) мкг/дл ТТГ – 2,66 (0,4-4,0)

### 30.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

### 31.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

01.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр -500 белок – отр

29.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 01.06.18 Микроальбуминурия – 27,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.05 |  |  | 6,4 | 7,6 |  |
| 26.05 | 6,3 | 8,5 | 7,2 | 7,6 |  |
| 30.05 | 10,1 |  | 5,1 | 3,9 |  |
| 01.06 | 4,8 | 5,5 | 10,1 | 4,3 |  |
| 03.06 | 5,7 |  | 7,6 | 5,1 | 10,5 |
| 04.06 |  |  |  | 5,6 |  |

31.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

29.05.18ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. Блокада срединного разветвления ЛНПГ.

29.05.18Кардиолог: ИСБ, стенокардия напряжения II ф. кл . СН 0.

30.05.18 На р-гр левой стопы в 2х проекциях без деструктивной патологии, остеопороз. Субхондральный склероз плюснефаланговых суставов.

29.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

01.06.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. -Ш ст. с-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма. Хр. остеомиелит пр стопы СПО (08.2016 ампутация 1п пр. стопы) Трофическая язва левой стопы по вагнеру в стадии регенерации.

29.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

25.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,5 см3; лев. д. V = 9,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность и эхоструктура обычные . В левой доле в с/3 гидрофильный узел 1,4\*1,1 см. с изоэхогенным включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. 0-1 ст. Узел. левой доли.

Лечение: Хумодар Б100Р, офлоксацин, тиолипон, витаксон, нуклео ЦМФ, вазилип, перевязки с бетадином, Н2О2

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД130/70 мм рт. ст. За время наблюдение трофическая язва сухая без признаков воспаления.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга, ангиохирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 30ед.,п/уж -14 ед.,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, дообследование ЭХОКС, КАГ, клопидогрель 75 мг 1р/д.
9. 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.
10. Рек хирурга: продолжить перевязки на область троф. язвы левой стопы с солкосерилом 1р/д.
11. Направляется на конс в отд . диаб. стопы 3-ГБ г. Запорожье.
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит железы в плановом порядке ( направление пациента на руках)
13. Офлоксацин 200 мг 2р/д до 10 дней принимает с 02.06.18. Контроль ан. мочи по Нечипоренко в динамике
14. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.