#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 996

##### Ф.И.О: Корниенко Владимир Иванович

Год рождения: 1956

Место жительства: Мелитопольский р-н. с. Вознесенка, ул. Крымская 256

Место работы: н/р

Находился на лечении с 13.08.14 по 27.08.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. Легкое когнитивное снижение. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1 ст. Узлы левой доли. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, потерю веса на 6 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2003 в связи с ампутацией II п пр стопы, переведен на инсулинотерапию: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 26ед., п/о-24 ед., п/у-22 ед., Хумодар Б100Р. 22.00 – 26 ед. Гликемия –2012 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 20 лет. 2012 АТ ТГ - 28,9 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО –13,8 (0-30) МЕ/мл. От проведение ТАПБ улов щитовидной железы больной отказался. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.08.14 Общ. ан. крови Нв – 167 г/л эритр – 5,7лейк 7,0– СОЭ –21 мм/час

э-4 % п- 0% с-60 % л- 27 % м-19 %

14.08.14 Биохимия: СКФ –84,05 мл./мин., хол –6,2 тригл -4,7 ХСЛПВП -1,86 ХСЛПНП -1,82 Катер -2,3 мочевина – 7,6 креатинин – 120 бил общ –14,4 бил пр –3,6 тим – 3,8АСТ – 0,55 АЛТ –0,34 ммоль/л;

18.08.14 мочевина 5,2 креатинин 106.

### 14.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2-3 в п/зр белок – 0,691г/л ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

18.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750 эритр - белок – 0,235

22.08.14 Суточная глюкозурия – 0,54 %; Суточная протеинурия – 0,183

ТТГ взят.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.08 | 11,4 | 15,3 | 5,6 | 5,4 |
| 16.08 | 10,5 | 9,6 | 5,5 | 6,8 |
| 20.08 | 8,5 | 9,3 | 4,1 | 6,4 |
| 24.08 | 7,7 | 8,4 | 10,6 | 4,8 |
| 26.08 |  |  |  | 7,1 |
| 27.08 | 9,5 | 8,4 | 7,4 | 7,3 |

26.08Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. Легкое когнитивное снижение.

Окулист: VIS OD= 0,8 OS=0,7

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.08.ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонен. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

ЭХО КС: КДР- 5,42см; КДО- 142мл; КСР-3,45 см; КСО- 49,12мл; УО-93,45 мл; МОК-7,6 л/мин.; ФВ- 60,55%; просвет корня аорты -3,65 см; ПЛП -3,65 см; МЖП – 1,28 см; ЗСЛЖ –1,28 см; ППЖ-2,22 см; ПЛЖ- 5,42 см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты и аортального клапана. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Гипокинезия МЖП.

26.08Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.08РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

19.08Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа 33-35 %, слева – 36-37% Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.08.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,4 см3; лев. д. V = 10,8 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. В лев доли с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,6\*1,15 В в/3 левой доли такой же узел 0,9 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доли.

Лечение: Диаформин, эналаприл, индапрес, карведилол, трифас, энап, тиогамма, солкосерил, витаксон, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. С больным проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-28-30 ед., п/о-18-20 ед., п/уж -12-14 ед., Хумодар Б100Р 22.00 32-34ед.

диаформин SR(сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*утр

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: армадин 2,0 в/м № 10.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. ТАПБ узлов щит железы с послед конс эндокринолога.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.