#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1016

##### Ф.И.О: Матвиенко Алексей Дмитриевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Мелитопольский р-н с. Константиновка, л. Киевская 1

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.08.14 по 28.08.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП Iст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Бронхиальная астма, среднее персистирующие контролируемое течение, обострение средней тяжести. ДН 1. Полиноз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в прекардиальной области, приступы удушья, паники.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, амарил, сиофор). С 2008 переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 30ед., п/у- 20ед., Хумодар Р100Р п/з 20 ед, п/у – 20 ед, диаформин 850 1т 3р/д. Гликемия –2,8-20 ммоль/л. НвАIс – 8,7 % . Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 4 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 20 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.08.14 Общ. ан. крови Нв – 170 г/л эритр –5,2 лейк –12,2 СОЭ – 7мм/час

э- 2% п- 2% с-71% л- 23 % м- 2%

21.08.14 Общ. ан. крови Нв – 171 г/л эритр –5,2 лейк –9,8 СОЭ –4 мм/час

э-1 % п- 0% с- 75% л- 18 % м- 6%

19.08.14 Биохимия: СКФ –110 мл./мин., хол –5,54 тригл -1,97 ХСЛПВП -1,25 ХСЛПНП -3,39 Катер -3,4 мочевина –5,2 креатинин –100 бил общ –9,9 бил пр –2,5 тим – 2,5 АСТ –0,26 АЛТ –0,58 ммоль/л;

19.08.14 Глик. гемоглобин -11,9 %

19.08.14 Анализ крови на RW- отр

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

22.08.14 Суточная глюкозурия –1,06 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.08.14 Микроальбуминурия 182,4– мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.08 | 10,3 | 10,0 | 9,9 | 8,4 |
| 21.08 | 8,4 | 9,4 | 9,0 | 9,7 |
| 24.08 | 5,6 | 8,5 | 6,2 | 2,5 |
| 26.08 |  |  |  | 6,2 |

26.08Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,6 ;

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

18.08ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

27.08.ЭХО КС: КДР-6,01 см; КДО-170,82 мл; КСР-2,8 см; КСО- 65,67мл; УО-115,1 мл; МОК- 8,0л/мин.; ФВ- 63,7%; просвет корня аорты – 3,6см; ПЛП -4,04 см; МЖП –1,23 см; ЗСЛЖ – 1,23см; ППЖ- 2,12см; ПЛЖ-6,01 см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты,, аотального клапана. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Умеренное увеличение полости ЛЖ.

19.08Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.08.Аллерголог: Бронхиальная астма, среднее персистирующие контролируемое течение, обострение средней тяжести. ДН 1. Полиноз.

21.08РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венного оттока с обеих сторон.

20.08.Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА справа 34%, слева 33%, ЗББА справа 30%, слева 32%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.08УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2 ст., желчный пузырь удален, функционального раздражения кишечника, «диабетическая почка».

19.08УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,0 см3; лев. д. V =6,1 см3

По сравнению с УЗИ от 09.12 размеры железы прежние контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, берлиприл, беродул, беклазон, назонекс, тиогамма, нуклео ЦМФ, витаксон, заферон, эуриус.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, аллерголога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 24ед., п/уж -18 ед., Хумодар Б100Р п/з -32 ед. п/у -22 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Конс кардиолога по м/ж.
8. Берлиприл 20 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
12. Рек. аллерголога: заферон 1к 2р\д, беклазон 250 4д 2р\д 1 мес, затем 3 дозы 2р\д, беродуал по требованию, назонекс 1 впрыск 2р\д 1,5 мес, эриус 5мг 1т/сут 10 дней. Дообследование общ. lgE.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.