#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 840

##### Ф.И.О: Павленко Иван Павлович

Год рождения: 1941

Место жительства: Ореховский р-н, г .Орехов ул. Приходько 27

Место работы: н/р

Находился на лечении с 07.07.14 по 23.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Облитерирующий атеросклероз артерий н/к, стеноз подвздошных сегментов с двух сторон. Хроническая ишемия II Б, ст. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС. Диффузный кардиосклероз СНII A ф. кл II. фибрилляция предсердий с трепетанием. Диффузный зоб 1ст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до 155 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, не длительно). В связи с неэффективностью переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-18 ед., п/у- 18ед. Гликемия –6,5-6,0 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.07.14 Общ. ан. крови Нв – 173 г/л эритр – 5,1 лейк – 4,8 СОЭ – 8 мм/час

э- 2% п-1 % с- 81% л-14 % м- 2%

08.07.14 Биохимия: СКФ –64,8 мл./мин., хол –4,2 тригл -1,43 ХСЛПВП -1,11 ХСЛПНП – 2,44Катер -2,8 мочевина –4,9 креатинин – 110 бил общ –11,6 бил пр –2,8 тим –1,1 АСТ – 0,12 АЛТ –0,40 ммоль/л;

17.07.14 группа крои А(II) в двойной реакции, R(+) положит.

08.07.14 Анализ крови на RW- отр

11.07.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

11.07.14Св.Т4 - 18,1 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –19,4 (0-30) МЕ/мл

### 08.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

10.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

09.07.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 11.07.14 Микроальбуминурия –102,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.07 | 5,0 | 11,9 | 8,9 | 8,7 |
| 11.07 | 5,1 | 10,6 | 10,4 | 12,5 |
| 13.07 | 5,4 | 9,5 | 8,7 | 7,3 |
| 16.07 | 6,1 | 11,4 | 10,3 | 11,1 |
| 19.07 | 5,0 | 11,7 | 10,8 | 10,3 |
| 22.07 |  | 10,6 | 9,8 | 10,0 |
| 23.07 |  | 5.9 |  |  |

08.07Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

25.06Окулист: VIS OD= 0,1 с кор 0,6 OS= 0,1 с кор 0,6 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.07ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм трепетание предсердий неправильная форма.. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

08.07Ангиохирург: Облитерирующий атеросклероз артерий н/к, стеноз подвздошных сегментов с двух сторон. Хроническая ишемия II Б, ст.

09.07РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

08.07Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева – 1,. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Данные на руках

25.06.УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,5 см3; лев. д. V =6,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В павой доли расширенный фолликул 0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелка киста правой доли.

Лечение: медитан, трифас, кордарон, предуктал MR, аспирин, торвакард, розувастатин, Омега 3, диаформин, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, диалипон, солкосерил, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. Учитывая сопутствующую сердечную патологию. Гликемия постпрандиальная, рекомендовано держать в переделах 8-10 ммоль\л. АД 130/80 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 К 25 100Р п/з-38-40 ед.,

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

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. Аспирин кардио 1 т. вечер. предуктал MR 1т 2р\д, кордарон 200 мг 1т 2р\д, трифас 2,5 мг утром, «Омега 3» 1к в сутки 1 мес. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Рек. невропатолога: медитан 300 мг 2\д.
6. Рек ангиохирург: плановая госпитализация в центр хирургии сосудов.
7. УЗИ щит. железы 1р, ТТГ. в год. Йодированная соль.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д, тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ,

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.