#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 313

##### Ф.И.О: Головко Сергей Николаевич

Год рождения: 1971

Место жительства: Запорожье, ул. Рустави 12 кв 36

Место работы: ПАО «Запорожтрансформатор», слесарь механосборочных работ, инв Ш гр.

Находился на лечении с 04.03.14 по 18.03.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая энцефалопатия I-II, астеновегетативный, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Метаболическая кардиомиопатия СН I. Ожирение II ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, боли в прекардиальной области,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (на фоне приема метформина отмечает ацетонурию). С 2008 - инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-17 ед., п/у10- ед., Фармасулин НNР п/з – 32 ед, п/у – 22 ед. Гликемия –15,2-13,2 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл, лозап нерегулярно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.03.14 Общ. ан. крови Нв –171 г/л эритр – 5,3 лейк –4,1 СОЭ – 2 мм/час

э-4 % п- 1% с-55 % л- 32 % м-8 %

05.03.14 Биохимия: СКФ –144 мл./мин., хол – 3,7 тригл -1,87 ХСЛПВП -0,99 ХСЛПНП -1,86 Катер -2,7 мочевина –2,6 креатинин –72 бил общ –15,6 бил пр –3,8 тим – 1,4 АСТ – 0,23 АЛТ – 0,17 ммоль/л;

05.03.14 Глик. гемоглобин – 9,6%

07.03.14ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 166,2 (0-30) МЕ/мл

### 05.03.14 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

07.03.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

12.03.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

06.03.14 Суточная глюкозурия – 2,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 07.03.14 Микроальбуминурия – 40,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.03 | 9,6 | 8,1 | 6,9 | 11,3 |
| 06.03 |  |  |  | 10,2 |
| 10.03 | 12,4 | 11,8 | 14,2 | 9,6 |
| 12.03 | 11,7 | 8,9 | 10,4 | 8,9 |
| 14.03 | 7,3 |  | 11,3 |  |
| 17.03 |  |  | 10,4 |  |

12.03Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I-II, астеновегетативный, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма.

05.03Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Макулярная область без особенностей. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ.

04.03ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

05.03Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I.

13.03Нефролог: ХБП 1 Диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия.

13.03Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

05.03РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

06.03Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.03УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

04.03УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,7см3; лев. д. V = 12,2см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, тивортин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-20-22 ед., п/у 12-14 ед., Фармасулин НNР п/з – 36-38 ед, п/у – 26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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. Рек. кардиолога: тиотриазолин 200мг \*3р/д., фитосед 1к 4р/д 1 мес.Контроль АД.
8. Эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД. МАУ.
9. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.,1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. нефролога: Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия.
12. Б/л серия. АГВ № 234316 с 04 .03.14 по 18.03.14. К труду 19.03.14г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.