#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 330

##### Ф.И.О: Слесаренко Николай Николаевич

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье, булл. Центральный 26-112

Место работы: пенсионер инв Ш гр.

Находился на лечении с 07.03.14 по 25.03.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС стенокардия напряжения, 1 ф. кл. п/инфарктный (1991) кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 1 ст. Узел левой доли. Эутиреоз.

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, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор, диаформин, амарил). С 2002 комбинированная терапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Фармасулин НNР п/з – 30 ед, п/у – 30 ед. Сиофор 1000\*2р/д. Узловой зоб с с 2013. ТАПБ – не проводилось ( но рекомендовалось) ТТГ 7,31; Т4св – 12,0; АТТПО – 164,9 от 20.02.13. Гликемия – 10,-12,6-14,0ммоль/л. НвАIс – 10,8 % от 18,0214 . Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 11 лет. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел би форте. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.03.14 Общ. ан. крови Нв – 145 г/л эритр –4,3 лейк – 7,3 СОЭ –19 мм/час

э- 2% п- 0% с-75 % л-16 % м- 7%

11.03.14 Биохимия: СКФ –86 мл./мин., хол –7,78 тригл -3,09 ХСЛПВП -1,14 ХСЛПНП -5,23 Катер -5,8 мочевина –4,1 креатинин – 115 бил общ –18,0 бил пр – 4,1 тим –2,0 АСТ –0,50 АЛТ –0,62 ммоль/л;

12.03.14 Глик. гемоглобин – 10,8%

14.03.14Св.Т4 - 13,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ –3,5 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 36,0 (0-30) МЕ/мл

### 14.03.14 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,172 ацетон –отр; эпит. пл. - ел; эпит. перех. - ел в п/зр

14.03.14 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия –

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.03 | 10,9 | 11,8 | 8,7 | 9,7 |
| 14.03 | 9,5 | 10,3 | 8,9 | 6,2 |
| 17.03 | 13,2 | 9,2 | 10,8 |  |
| 20.03 | 12,3 | 12,7 | 10,0 | 10,5 |
| 21.03 | 12,5 | 12,9 | 8,2 |  |
| 24.03 | 9,8 | 9,2 |  |  |

11.03. Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма.

21.03Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,5.

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

11.03.14 ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

11.03Кардиолог: ИБС стенокардия напряжения, 1 ф. кл. п/инфарктный (1991) кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

11.03Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

11.03РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

07.03УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7см3; лев. д. V = 9,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий и крупный фиброз. В лев доле у перешейка гиперэхогенный узел 1,7\*1,34 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Левемир, сиофор, нолипрел фоте, тиогамма, нейрорубин, Фармасулин Н, Фармасулин НNР.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен на Левемир, Новорапид.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид 2-4 ед на максимальные прием пищи. Левемир п/з 22-24 ед. п/у 24-26 ед.

ССТ: сиофор (диаформин, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., нолипрел форте 1т\*утром, аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь, при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТАПБ узла левой доли с последующим осмотром эндокринолога.
8. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, слезевит 1т 1р\д.
9. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.