#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 252

##### Ф.И.О: Харченко Сергей Валентинович

Год рождения: 1964

Место жительства: Черниговский р-н, пгт Черниговка, Ленина 48

Место работы: н\р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 19.02.14 по 28.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия. Венозно-ликворная дисфункция. Эмоционально-волевые расстройства. Ожирение II ст. (ИМТ 37,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. П/инфарктный кардиосклероз СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Передний сухой ринит. Гиперметропия слабой степени ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2010 переведен на инсулинотерапию. С 2013 переведен на дробную схему инсулинотерапию, однако больной самостоятельно изменил схему. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 15ед., п/о- 15ед., п/у-6 ед., Фармасулин НNР 22.00 – 15 ед. Гликемия –5,9-7,7 ммоль/л. НвАIс -8,0 % от 17.02.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 10 лет. АТТПО 32,1 МЕ/мл; АТТГ – 20,3 МЕ/мл от 2010. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.02.14 Общ. ан. крови Нв – 180 г/л эритр – 5,6 лейк – 5,7 СОЭ – 4 мм/час

э- 7% п-2% с-57 % л- 26 % м- 6%

26.02.14 Общ. ан. крови Нв – 168 г/л эритр – 5,2 лейк – 7,2 СОЭ – 2 мм/час тромб – 250 э- 2% п-0% с-68 % л- 18 % м- 12%

20.02.14 Биохимия: СКФ – 120мл./мин., хол –4,55 тригл – 1,62 ХСЛПВП 1,02- ХСЛПНП -2,8 Катер -3,5 мочевина –6,2 креатинин – 112 бил общ –12,4бил пр –3,0 тим – 0,60 АСТ – 0,53 АЛТ – 0,95 ммоль/л;

21.02.14 СКФ – 129 мочевина – 7,3 креатинин 104.

27.02.14 Глик. гемоглобин -7,6 %

21.02.14 ТТГ –0,6 (0,3-4,0) Мме/л

### 20.02.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –15-20 в п/зр белок – 0,68 ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. - в п/зр

21.02.14 Кал на я/г – отр

24.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр – 0 белок – 0,026

21.02.14 Суточная глюкозурия –0,44 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.14 Микроальбуминурия –30,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.02 | 5,1 | 6,3 | 5,4 | 8,0 |
| 25.02 | 5,0 | 7,3 | 8,5 | 9,1 |
| 27.08 | 7,6 |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия. Венозно-ликворная дисфункция. Эмоционально волевые расстройства.

19.02Окулист: VIS OD=0,6 с кор. 1,0 OS= 0,4 с кор. 1,0

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия ОИ.

14.02ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. П/инфарктный кардиосклероз СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

20.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.02.14 ЛОР: Передний сухой ринит.

21.02РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

21.02Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева – 1,2. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

19.02.14 УЗИ: эхопризнаки изменений структуры печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и почек – гепатомегалия. Гепатоз. Холестериновая взвесь желчного пузыря. Фиброзно-кальцифирующий панкреатит. Солитарная киста левой почки (нижнего полюса) кальцинаты правой почки. Мочевой пузырь и предст. железы без патологии.

26.02.14 ФГДЭС : хронический гастрододенит, Рубцевая деформация луковицы ДПК.

19.02.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,6см3; лев. д. V = 9,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Берлиприл, амлодипин, изокет-спрей, предуктал MR, индап, клопидогрель, кардиомагнил, диалипон, солкосерил, Фармасулин Н, Фармасулин НNР.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст. Больной выписан за нарушение режима.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроентеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 16-18ед., п/о- 15-17ед., п/у-15-17ед., Фармасулин НNР 22.00 15-17 ед

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 (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., кардиомагнил 75мг 1т. веч., сиднофарм 2т\*3р\день, при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Берлиприл 20мг\*2р\день, индап 2,5мг. Контр. АД.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.