#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1042

##### Ф.И.О: Крупельницкий Петр Иванович

Год рождения: 1957

Место жительства: г. Запорожье ул. Воронина 25-76

Место работы: н/р

Находился на лечении с 31.08.15 по 09.09.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОД. Артифакия OS. оперированная глаукома OS. Диаб. ангиопатия артерий н/к II – Ш ст. Вторичный лимфостаз обеих н/к. Хроническая лимфовенозная недостаточность в стадии субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м, с-м вестибулопатии. Смешанный зоб II ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 36,6 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Болезнь оперированного желудка. Хронический гастрит культи желудка. Демпинг с–м II ст. Хронический гепатоз. НФП IIст (стеатоз). Хронический холецистит, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, диапирид, диабетон). С 2013 в связи с декомпенсацией, переведена на Фармасулин Н. С 2014 Инсуман Базал, Инсуман Рапид в режиме дробных инъекций. Стац лечение в КУ ОКЭД ЗОС 06.2015, переведен на Инсуман Комб п/з-70 ед., п/у-60 ед. Амбулаторно у больного сохраняется гипергликемия 8-15 ммоль/л. НвАIс – 8,5 % от 06.2015. Повышение АД более 10 лет. Узловой зоб с 2013. ТТГ –0,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –13,9 (0-30) МЕ/мл кальцитонин – 6,6 (<8,4) от 17.08.15. 21.07.15 УЗИ щит. железы (МДЦ «ДИАСЕРВИС» врач Макусий Т.В): Пр д. V =14,6 см3; лев. д. V = 16,8см3 Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура мелкозернистая, однородная. На этом фоне с обеих сторон множество мелких изоэхогенных узлов с кистовидной дегенерацией: справа до 0,86 см, справ у заднего контура узел 1,22\*0,73 см, справа в н/3 узлы до 0,82см, слева в н/3 узел 1,26\*0,93 см, слева в с/3 узлы до 0,8 см. более мелкие узлы в левой доли множественные до 0,6 см. УЗ характеристика всех узлов положительная, узлы с большими участками кистовидной дегенерации. Срочной ТАПБ не нуждается. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Множественные узлы обеих долей. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

01.09.15 Общ. ан. крови Нв –143 г/л эритр –4,5 лейк – 5,5 СОЭ – 29 мм/час

э- 2% п- 0% с- 52% л- 42% м- 4%

01.09.15 Биохимия: СКФ –126 мл./мин., хол –6,7 тригл -6,2 ХСЛПВП -0,9 ХСЛПНП – 2,98Катер -6,4 мочевина –7,5 креатинин – 88 бил общ –13,7 бил пр – 4,8 тим –4,8 АСТ – 0,8 АЛТ –0,99 ммоль/л;

### 01.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

04.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

02.09.15 Суточная глюкозурия – 30%; Суточная протеинурия – отр

##### 04.09.15 Микроальбуминурия – 57,7мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.09 | 7,3 | 13,4 | 14,2 | 12,7 |
| 03.09 |  | 10,4 | 7,2 |  |
| 04.09 | 9,2 | 10,6 | 10,9 | 16,0 |
| 06.09 | 8,6 | 11,1 | 11,1 | 8,8 |
| 07.09 |  | 11,8 | 9,5 | 8,7 |
| 08.09 | 9,5 | 6,3 | 5,4 |  |
| 09.09 | 8,2 |  |  |  |

02.09.15Окулист: VIS OD= 0,6н/к OS= 0,6 н/к ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, извиты, склерозированы. Салюс IIст. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. ДЗ: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОД. Артифакия OS. оперированная глаукома OS

31.08.15ЭКГ: ЧСС – 63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось горизонтальная. Позиция промежуточная. Признаки гипертрофии миокарда обеих желудочков с нарушением коронарного кровообращения боковой стенки.

01.09.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I . Риск 4

03.09.15 ФГДЭС: СПО резекция желудка по Б II. Эритематозная гастропатия культи желудка. Дуоденальная недостаточность кардии.

03.09.15ЭХОКС: Закл: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, дилатации ЛП, регургитации 1-2 ст на МК, регургитации 1 ст на ТК, склеротических изменений МК, АК, стенок аорты. Взаимоотношение камер сердца не нарушено. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

07.09.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II – Ш ст. Вторичный лимфостаз обеих н/к. Хроническая лимфовенозная недостаточность в стадии субкомпенсации.

04.09.15Гастроэнтеролог: Болезнь оперированного желудка. Хронический гастрит культи желудка. Демпинг с–м II ст. Хронический гепатоз. НФП IIст (стеатоз). Хронический холецистит, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей.

Лечение: фозикард, индапрес, амлодипин, физиотенс, берлитион, Инсуман Комб, Актрапид НМ, Протафан НМ,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, сохраняется склонность к гипергликемии в утренние часы, 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 Актрапид НМ, Протафан НМ.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-34-36 ед., п/уж – 18-20ед., Протафан НМ п/з 34-36 ед. п/у 34-36 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 (розувастатин 20 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аспирин кардио 100 мг. Контроль АД, ЭКГ.
4. Фозикард 20 мг утром, индапрес 2,5 мг утром, амлодипин 1т в обед, физиотенс 0,4 мг 1т веч.. Контр. АД. ЧСС
5. Берлитион 600 мг/сут. 3 мес.
6. УЗИ щит. железы 2р. в год. Контр ТТГ, кальцитонин 1р в в год. ТАПБ с послед. конс. эндокринолога.
7. Рек гастроэнтеролога: стл № 5, гепавал 1к 2р\д 1 мес, де-нол 2т 2р\д, № 10 смарт омега 1к 1р\д 1 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.