#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1128

##### Ф.И.О: Тимофеев Олег Николаевич

Год рождения: 1971

Место жительства: Г.Польский р-н, г. Г-Поле ул. Южная 17

Место работы: ООО «Украина» заместитель директора, инв Ш гр.

Находился на лечении с 21.09.15 по 01.10.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Миопия средней степени ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диффузный зоб 1 ст, Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аномалия развития МВС. Подковообразная почка. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст. СН 0.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 32 кг за год на фоне диетотерапии, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Новомикс, диаформин, сиофор. С 2014 состоит на «Д» учете у гастроэнтеролога по поводу цирроза печени невирусного генеза., портальной гипертензии, в связи с чем препараты метформина отменены. В наст. время принимает: Новомикс п/з- 12ед., п/у-12 ед. Гликемия –5,0-9,0-10,0 ммоль/л. НвАIс -7,2 % от 08.2015. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 5лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 20 мг утром, не регулярно. АТТГ – 24,0 (0-100) Мме/мл; АТ ТПО –22,3 (0-30) МЕ/мл от 2012 . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.09.15 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр – 4,3 лейк –8,5 СОЭ – 20 мм/час

э-2 % п- 3% с-58 % л- 28% м- 9%

22.09.15 Биохимия: СКФ –151,2 мл./мин., хол –5,7 тригл -1,69 ХСЛПВП – 0,89ХСЛПНП -0,87 Катер -5,5 мочевина –5,2 креатинин – 98,4 бил общ –11,5 бил пр –2,6 тим –5,0 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

22.09.15 Амилаза – 26,3 ед/л

22.09.15 Анализ крови на RW- отр

### 29.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –4-5 в п/зр белок – 0,273 ацетон –отр; эпит. пл. - ув; эпит. перех. – 3-5 в п/зр

22.09.15 кал на я/г - отр

24.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - 900 белок – 0,288

24.09.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,667

ТТГ сдан

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.09 | 8,5 | 7,8 | 10,3 | 7,5 |
| 25.09 | 7,4 | 9,7 | 8,3 | 9,0 |
| 28.09 | 9,2 | 6,4 | 9,6 | 8,2 |
| 30.09 | 7,0 | 9,9 |  |  |

21.09.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

21.09.15Окулист: VIS OD=0,1 -4,5=1,0 OS= 0,1-4,5=1,0

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Миопия средней степени ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.09.15ЭКГ: ЧСС 60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст.

28.09.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст. СН 0.

22.09.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.09.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

22.09.15Допплерография: Эхопризнаки неоклюзирующего заболевания артерий н/к по типу диаб. медиокальциноза ( склероз Менкеберга).

28.09.15 УЗИ артерий н/к: нестенозирующий атеросклероз н/к: КИМ утолщен в крупных сосудах до 0,1-0,11 см, повышенной эхогенности повсеместно с нарушением дифференцировки слоев и локальными участками кальцинации в области ПКА с двух сторон. Атеросклеротические бляшки отсутствуют. По артериям голени и тыла стопы кровоток магистральный, трехфазный, достаточный, симметричный справа и слева. Дефицита крови не отмечается.

23.09.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки ЖКБ, хронического калькулезного холецистита, увеличения и диффузных изменений печени, минимального расширения воротной вены, умеренной спленомегалии, диффузных изменений поджелудочной железы. Не исключен нефромикролитиаз. Подковообразная почка?

30.09.15 Уролог: Аномалия развития МВС. Подковообразная почка. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.

24.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =12,4 см3; лев. д. V = 7,2 см3

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

Лечение: тиогамма, витаксон, эналаприл, Новомикс.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

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: Новомикс п/з- 14-16ед., п/уж -14-16 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1рд. Контроль АД, ЭКГ.
3. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., трайкор 1т 1р/д,
7. Рек уролога: «Д» наблюдение нефролога.
8. Б/л серия. АГВ № 235005 с 21.09.15 по 01.10.15. К труду 02 .10.15.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.