#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1024

##### Ф.И.О: Торохтий Игнатий Леонидович

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Комсомольская 21-218

Место работы: н/р

Находился на лечении с 30 .08.16 по 08 .09.16 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Почти зрелая катаракта ОД. Незрелая катаракта OS. ИБС, постинфарктный (2014) кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 20 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, периодические гипогликемические состояния, пекущие боли в подошвенной части стоп, боли в коленных суставах, деформация их, что затрудняет передвижение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. С начала заболевания ССП. В 2014 переведен на Генсулин Н30-32 ед п/з. 26.08.16 перенес гипогликемическую кому, был доставлен в ЦРБ ( ввел в 4.00 -40 ед Генсулин Н, не ел, найден родственниками без сознания) Дозу Генсулин НА до 40 ед увеличил самостоятельно ( при выписке из эндокриндиспансера – 32 ед. Гликемия –9,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение 2014г.В 2014 инфаркт миокарда. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает рамизес. В 2014 выявлен диффузный зоб 1ст. Эутиреоз. ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 9,7(0-30) МЕ/мл от 2014. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

31.08.16 Общ. ан. крови Нв – 142 г/л эритр –4,2 лейк –6,6 СОЭ –32 мм/час

э- 1% п- 1% с- 57% л- 37 % м- 4%

05.09.16 СОЭ – 34 мм/час.

31.08.16 Биохимия: хол –5,1 тригл - 133ХСЛПВП -1,15 ХСЛПНП – 3,3Катер -3,4мочевина – к4,0реатинин –67 бил общ – 20,2 бил пр –6,1 тим –0,7 АСТ –0,26 АЛТ – 0,68 ммоль/л;

31.08.16 Амилаза – 28 ( 0-90) ед/л

36.08.16 Гемогл – 135; гематокр – 0,43; общ. белок – 68 г/л; К – 4,36 ; Nа – 131,2 ммоль/л

05.08.16 глик гемоглобин 7,5%

05.08.16 ТТГ взят

01.09.16 К – 3,8

30.08.16 Коагулограмма: вр. сверт. –7 мин.; ПТИ – 98,7%; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

01.09.16 Проба Реберга: Д- 2,5л, d-1,73 мл/мин., S- 2,27кв.м, креатинин крови- 68мкмоль/л; креатинин мочи- 6738мкмоль/л; КФ- м130,4л/мин; КР- 98,6 %

### 30.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк – 3-4 эрит 0-1 в п/зр белок – 0,04 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - много в п/зр

31.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

01.08.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.08 |  | 15,9 | 16,8 | 11,3 | 8,5 |
| 31.08 | 7,0 | 10,5 | 7,7 | 7,8 |  |
| 01.08 | 7,0 | 9,6 | 6,7 | 9,2 |  |
| 04.08 | 6,6 | 11,0 | 10,4 | 8,5 |  |
| 07.08 | 8,5 | 8,9 | 7,5 | 5,3 |  |

30.08.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза, цереброастенический с-м. гипогликемическая кома (26.08.16)

30.80.16Окулист: ОД в хрусталике – интенсивные помутнения, рефлекс глазного дна тускло-розовый, детали не видны. OS – в хрусталике негомогенное помутнение. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:2 артерии узкие , вены неравномерного калибра, полнокровны, сосуды извиты, склерозированы. С-м Салюс II. По всему глазному дну множественные микроаневризмы, геморрагии. Сливные друзы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Почти зрелая катаракта ОД. Незрелая катаракта OS.

30.08.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый,. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенке. Гипертрофия левого желудочка. .

30.8.16Кардиолог: ИБС, постинфарктный (2014) кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст

05.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.09.16РВГ: . Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

30.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,7 см3; лев. д. V = 10,1 см3

Перешеек – 0,8см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Инсулар Стабил, L-лизин эсцинат, мексиприм, витаксон, трифас, аспирин кардио, торсид, диклофенак, предуктал MR,

Состояние больного при выписке: Со слов больного Генсулин Н снабжается нерегулярно, при поступлении данного вида инсулина на руках не имеет, в связи с чем переведен на Инсулар Стабил. СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з- 30-32ед., п/уж -14-16 ед.,

мефармил диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут. выдан на 1 мес.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., торсид (трифас) 10 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.