#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 124

##### Ф.И.О: Куркула Петр Григорьевич

Год рождения: 1956

Место жительства: Запорожский р-н, пгт. Кушугум, ул. Островского

Место работы: пенсионер, инв II гр.

Находился на лечении с 01.02.16 по 11.02.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Незрелая катаракта ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия IV ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., боли за грудиной, периодические гипогликемические состояния в разное время суток, купируемые дополнительным приемом пищи, пекущие боли в подошвенной части стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2000 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию (Актрапид НМ, Протафан НМ). С 2007 в связи с ухудшением зрения и гипогликемическими состояниями переведен на Новорапид, Левемир. В 2015 в условиях Харьковского института проблем эндокринной патологии переведен на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 14ед., п/о- 16ед., п/у- 14ед., Лантус 22.00 – 44-46 ед. Гликемия – ммоль/л. НвАIс – 6,56 % от 12.2015. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 15 лет. Смешанный зоб с 2010 АТТГ – 217 (0-100) МЕ/мл, ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –13,6 (0-30) МЕ/мл Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.02.16 Общ. ан. крови Нв –131 г/л эритр – 3,9 лейк –6,4 СОЭ – 6 мм/час

э- 1% п-0% с- 59% л- 36 % м- 4%

02.02.16 Биохимия: СКФ –94,9 мл./мин., хол –6,3 тригл -1,5 ХСЛПВП -1,14 ХСЛПНП – 4,5Катер -4,5 мочевина –7,2 креатинин –110,2 бил общ –18,6 бил пр –4,1 тим – 1,6 АСТ – 0,26 АЛТ – 0,35 ммоль/л;

02.02.16 Анализ крови на RW- отр

05.02.16 ТТГ – 0,2(0,3-4,0) Мме/мл

10.02.16 Т4св сдан – в работе

### 02.02.16 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,080 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

05.02.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – 0,033

05.02.16 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – 0,058

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.02 | 7,6 | 7,9 | 5,5 | 6,2 |  |
| 05.02 | 7,5 | 7,8 | 9,0 | 4,2 | 5,7 |
| 08.02 | 10,4 |  |  |  |  |
| 09.02 | 7,6 | 9,7 | 4,8 | 8,8 | 7,9 |
| 10.02 2.00-5,4 | 5,4 |  |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение

Окулист: VIS OD=0,1 OS= 0,1 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ, больше в ОД. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.02.16ЭКГ: ЧСС -52 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево.

02.02.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

08.02.16ЭХО КС: КДР- 5,8см; КДО- м177л; КСР- 4,4см; КСО- 75мл; УО-101 мл; МОК-5,8 л/мин.; ФВ-57 %; просвет корня аорты -3,35 см; ПЛП - 3,65см; МЖП – 1,03 см; ЗСЛЖ –1,03 см; ППЖ- 1,82см; ПЛЖ- 5,96см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты, АК. Увеличение полости ЛЖ.

02.02.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.02.16РВГ: Нарушение кровообращения справа II ст. слева 1 ст, тонус сосудов N.

05.02.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст.; перегиба ж/пузыря области шейки, конкрементов желчном пузыре, функционального раздражения кишечника.

02.02.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,2 см3; лев. д. V =8,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. В лев доле расширенный фолликул 0,61 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкая коллоидная киста левой доли.

Лечение: амлодипин, индапрес, вазар, кардиомагнил, Эпайдра, Лантус, тиогамма, эссенциале, актовегин, мильгамма .

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-140/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з12-14 ед., п/о 16-18ед., п/уж 14-16 ед., Лантус 22.00 46-48 ед.
3. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
4. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: амлодипин 10 мг утром, нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: суточное мониторирование по Холтеру. Повторный осмотр.
7. Амлодипин 10мг утром, индапрес 1 т/сут, вазар 160 мг сут, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Повторный осмотр с результатами Т4 св.
10. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
11. 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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.