#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1087

##### Ф.И.О: Семененко Сергей Иосифович

Год рождения: 1960

Место жительства: Пологовсикй р-н, с. Чубаревка ул, Школьная 58

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 31.07.17 по 12.08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст. Частичная атрофия зрительного нерва, начальная катаракта , ангиопатия сетчатки ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 1 ст. узел левой доли щит. железы. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. СН I.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/95 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП.. С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р, п/з-32 ед., п/у-32 ед. диаформин 850 1т 2р/д. Гликемия –12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 216г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 01.08 | 161 | 4,8 | 5,7 | 5 | 0 | 1 | 62 | 35 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 01.08 | 120 | 4,0 | 2,07 | 0,97 | 2,09 | 3,12 | 3,8 | 87 | 30,4 | 3,5 | 4,4 | 0,14 | 0,39 |

01.07.17 Глик. гемоглобин -8,7 %

01.08.17 Анализ крови на RW- отр

04.08.17 ТТГ – 2,7 (0,3-4,0) Мме/мл

01.08.17 К – 4,54 ; Nа – 144,9 Са - Са++ - 1,12 С1 – 104,3 ммоль/л

01.08.17 Проба Реберга: креатинин крови-103 мкмоль/л; креатинин мочи-13640 мкмоль/л; КФ-38,6 мл/мин; КР- 99,0%

### 01.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

02.08.17 Суточная глюкозурия –2,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.08.17 Микроальбуминурия –24,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.08 | 8,7 | 12,9 | 9,1 | 14,8 |
| 03.08 | 10,3 | 11,4 | 11,4 | 6,9 |
| 05.08 | 10,4 | 7,0 | 8,6 | 5,8 |
| 08.08 | 10,3 | 9,9 | 6,2 | 4,9 |
| 10.08 | 7,7 | 9,1 | 7,6 | 4,2 |

01.08.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вертеброгенная люмбалгия ремитирующее течение. Рек келтикан 1т 3р/д.

01.08.17 Окулист: VIS OD=0,2н/к OS= 0,7 н/к

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН серый. Границы четкие. Сосуды сужены, извиты, склерозированы. С-м Салюс 1-II ст. вены полнокровны Д-з: Частичная атрофия зрительного нерва, начальная катаракта , ангиопатия сетчатки ОИ. Рек: в/в пирацетам 10,0 , пентоксифилин 5,0 в/м ( по схеме: увелчиение по 1 мл до выраж. Р-ии) № 7. В ОИ бетофтан 1к 2р/д.

31.07.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Изменнния миокрада боков стенки

09.08.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

01.08.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

11.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; множественных конкрементов желчном пузыре, хр. калькулезного холецистита. Микролитов почках без нарушения урокинетики.

31.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V = 8,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. В левой доли в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,76\* 1,22см. с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: узел левой доли

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, диаформин, тиоктодар, кокарнит, тридуктан, милдрокор.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД130/80 мм рт. ст. Учитывая повышеный уровень глик гемоглобин 8,7%, нестабильность гликемии натощак и после еды, переведен на 2х кратное введение Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-16 ед., п/уж -12 ед., Хумодар Б100Р п/з-20 ед., п/уж -22 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, амлодипин 10 мг веч, магникор, тридуктан . Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла левой доли щит. железы.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.