#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 822

##### Ф.И.О: Вернигор Виктор Владимирович

Год рождения: 1954

Место жительства: Бильмакский р-н, ул. Суворова 15/4

Место работы: пенсионер ИВ сер Б уд № 099847

Находился на лечении с 02.06.17 по 15.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 31,04 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Артифакия ОИ. ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. Пароксизмальные нарушения ритма (анамнестически). СН II А. ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в пр. гемисфере (1996) с-м вестибулопатии, цефалгический с-м. Рожистое воспаление пр. голени, эритематозная форма. Двухстороння хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст .СПО: двухсторонняя тонзилэктомия. Бронхиальная астма, персистирующаее течение, контролируемая ЛН 0 ст. Хр. вирусный гепатит С.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 15 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. 160/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. на фоне приема дексаметазона (принимает самостоятельно без рекомендаций врача с 2014, в настоящее время 1 мг дексаметазона в сутки). Получал стац лечение в ОКЭД в 2015. При обследовании АКТГ – 13,1, кортизол 13,4 от 18.05.15. Гепатит «С» с 2011. АЛТ – 3,34 от 16.09.15. Ухудшение состояние в течение 6 мес, когда начал отмечать снижение веса. В наст. время принимает: диета стол № 9. Гликемия –11,3-16,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Бронхиальная астма диагностирована в 2015. Отмечается аллергическая реакция на аспирин, анальгин, цефтриаксон. 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 |
| 06.06 | 165 | 4,9 | 8,1 | 26 | 1 | 1 | 61 | 34 | 3 |
| 09.06 | 168 | 5,0 | 5,4 | 22 | 1 | 1 | 50 | 46 | 2 |
| 14.06 | 174 | 5,4 | 9,3 | 17 | 0 | 0 | 43 | 48 | 9 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.06 | 102 | 7,4 | 3,0 | 0,8 | 5,3 | 8,2 | 4,6 | 89 | 36,7 | 7,8 | 3,3 | 1,13 | 3,69 |

06.06.17Св.Т4 - 15,3 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –23,0 (0-30) МЕ/мл

09.06.17 К – 2,82 Na 142,4 Са – 2,18

14.06.17 К – 3,6 моль/л.

07.06.17 Глик гемоглобин – 13,6%

06.06.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ –83,3 %; фибр – 4,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 0\*10

07.06.17АКТГ 3,4 (7,2-63,3) кортизол 16,7 (6,2-19,4) lgE Общ 123 ( до 83)

### 07.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

06.06.17 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – 0,031

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.06 | 6,8 | 12,9 | 15,8 | 13,9 |
| 05.06 | 9,9 | 13,5 | 13,3 | 11,9 |
| 07.06 | 7,2 | 11,2 |  | 8,0 |
| 110.06 | 6,7 | 8,1 | 9,0 | 5,0 |
| 14.06 | 5,1 | 10,1 | 6,2 | 9,4 |

02.06.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в пр. гемисфере (1996) с-м вестибулопатии, цефалгический с-м,

07.06.17 Окулист: 2001-2002 ФЭК + ОИЛ на ОИ.

ОИ - Артифакия задняя камера ИОЛ на месте. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Салюс I. вены резко расширены, сосуды извиты. Макулярная обл с узким зрачком не видна. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Артифакия ОИ.

02.06.17ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка..

13.06.17ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка..

08.06.17На р-гр височный костей по снижение воздушности сосцевидных отростков с обеих сторон.

13.06.17 спирометрия: прилагается.

02.06.17 ФГ № 105 075: легкие без патологических изменений.

06.06.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. Пароксизмальные нарушения ритма (анамнестически). СН II А. ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

12.06.17 ЛОР: Двухстороння хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст СПО. двухсторонняя тонзилэктомия.

13.07.17 Аллерголог: Бронхиальная астма, персистирующаее течение, контролируемая ЛН 0 ст

06.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.06.17Хирург: Рожистое воспаление пр. голени. Эритематозная форма.

06.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено справа II ст, слева II – Ш ст. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

12.06.17 Ревматолог: убедительных данных за ревматологическую патологию на момент осмотра не выявлено.

13.06.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован

Лечение: предуктал MR, протодакса, аспаркам, торсид, Хумодар Б100Р, стеатель.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. АД 130/70 мм рт. ст. отмечаются не выраженные явления рожистого воспаления пр. голени. 12.06.17 конс. хирургом – даны рекомендации по лечению цефтриаксон+метрогил, однако пациент от назначенного лечения хирургом в условиях ОКЭД отказался (боязнь аллергической реакции). Проконсультирован аллергологом, даны рекомендации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга, кардиолога, аллерголога, инфекциониста по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-18 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы, при нормализации печеночных проб.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: эплепрес 25мг, трифас 10 мг, предуктал MR 1т , добигартран 110 мг 2р/д, престариум 5-10 мг . кордарон 200 мг 1р\д, аторвастатин 40 мг\*1р/сут. на ночь. Дообследование сут. мониторинг ЭКГ, ЭХО КС, КАГ
8. Рек. невропатолога: мильгамма 2, 0в/м № 10,кортексин 10 мг в/м № 10 ,актовегин 10,0 в/в № 10
9. УЗИ щит. железы по м/ж
10. Рек аллерголога: будесонид 200 мкг 2р\д, алерзин 5мг 2р\д 10 дней.
11. Рек. ЛОР: ежегодный аудиометрический контроль наблюдение ЛОР врача.
12. Рек.асс. каф. терапии и клин. фармакологии Ткаченко О.В: лечение рожистого воспаления согласно рекомендация хирурга по м\ж, конс. в гепатоцентре ( в анамнезе хр. вирусный гепатит С), ЭХОКС, рек. кардиолога, кроме приема аторвастатина, учитывая показатель АСТ ,АЛТ.
13. Рек хирурга: цефтриаксон (цефотоксим) 1 гр на 200,0 NaС1 в/в 2р/д № 7, метрогил 500,0 в/в 2р/д № 7.
14. Эссенциале 2т 3р\д 1 мес контроль печеночных проб в динамике. Конс в гепатоцентре.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В