#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 699

##### Ф.И.О: Ли Дмитрий Александрович

Год рождения: 1978

Место жительства: г. Энергодар ул. Строителей 18/62

Прописан г. Мелитополь, ул. Пищанская 13

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.05.17 по 30.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст Ожирение II ст. (ИМТ 38,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопический астигматизм ОИ. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Хроническое легочное сердце. СН II А . ф.кл Ш. Риск 4. ХОЗЛ 1 ст, кат «В», обострение Неалкогольная жировая болезнь печени IIст. Гепатомегалия. Спленомегалия. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический панкреатит в нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы, фиброзная форма.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 30 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к при ходьбе, судороги, онемение ног, снижение чувствительности, головне боли, отеки лица и н/к утром, пекущие боли в стопах, боли в пр. подреберье, сердце, кашель с мокротой, сонливость, одышку при малейшей физ. нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г в связи с гипергликемией до 19,0 , ацетоном мочи 4+ был госпитализирован в ОИТ Мелитопольской ГБ. В последующем получал ССП: Диабетон MR, глюкофаж. С 2011 в связи со стойкой декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию – Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р в 4х кратном режиме. Обследовался и ленился в Мелитопольской ГБ. Течение СД стабильное, комы отрицает. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 10-12ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Хумодар Б100Р п/у 20 ед. Гликемия –10-18 ммоль/л. В анамнезе ХОЗЛ. 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 |
| 12.05 | 184 | 5,5 | 6,0 | 3 | 1 | 0 | 65 | 32 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.05 | 150 | 3,1 | 3,4 | 1 | 0,55 | 2,1 | 5,6 | 104,5 | 21,4 | 5,3 | 2,9 | 0,27 | 0,71 |
| 18.05 |  |  |  |  |  |  |  |  | 16,5 | 4,1 | 5,5 | 0,35 | 0,75 |

17.05.17 Анализ крови на RW- отр

12.05.17 Глик. гемоглобин 7,6%

12.05.17 К –3,94 ; Nа –139 Са - 2,47 ммоль/л

15.05.17 Коагулограмма: ПТИ – 98,7 %; фибр – 2,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6

### 12.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; в п/зр слизь,мочевая кислота

18.05.17 Суточная глюкозурия – 3,0 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.05 | 4,8 | 11,7 |  | 7,3 |  |
| 14.05 | 6,6 | 10,8 | 10,1 | 13,8 |  |
| 16.05 | 8,1 | 15,3 | 14,0 | 12,8 |  |
| 25.05 | 6,6 | 6,7 | 7,8 | 15,1 |  |
| 26.05 |  | 13,7 | 12,1 | 6,6 |  |
| 29.05 |  | 13,6 | 10,6 | 4,5 | 8,7 |
| 30.05 | 5,9 | 8,0 |  |  |  |

11.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение.

15.05.17 ФГ № 104631 – в норме.

13.05.17Окулист: VIS OD= 0,6 OS=0,5

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды умеренно извиты, вены уплотнены. Салюс I. В макулярной области депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопический астигматизм ОИ.

11.05.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

16.05.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Хроническое легочное сердце. СН II А. ф.кл Ш. Риск 4.

Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аспирин кардио 100 мг 1р\д арифон ретард 1т 1р\д Эплепрес 25 мг 1р\д, ивабрадин 5 мг 2р\д. Контроль АД. ЧСС, ЭКГ.. Дообследование: КТ сердца и сосудов или КАГ

12.05.17ЭХО КС: ФВ 64%, признаки гипертрофии ЛЖ, дилятации пр. желудочка, диастолической дисфункции по 1 типу, Регургитации 1-2, на ТК, регургитация 1 ст на МК и КЛА, склеротических изменений створок МК, АК, умеренно легочной гипертензии.

22.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. МКБ, уролитиаз?

23.05.17Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени IIст. Гепатомегалия. Спленомегалия. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический панкреатит в нарушением внеше и внутрисекреторной функции поджелудочной железы, фиброзная форма. С-м раздраженного кишечника? Хр. колит?, Рек. ирригоскопия, гепадиф 2к 2р/д после еды 3 мес, урсохол 250 мг 2к на ночь 3 мес, смарт омега 1к /сут во время еды 1 мес. контроль УЗИ ОБП через 3 мес.

16.05.17 Пульмонолог: ХОЗЛ 1 ст, кат «В», обострение. рек но цефадокс 200мг 1т 2р\д, 7-8 дней, зафирон 1 инг 2р\д 2 нед, флутиксон 250 мг 2р/д 2 нед, муколван 4,0 в/в 2р\д 10 дней. АСС 600 мг 10 дней.

17.05.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст с увеличением ее размеров и размеров селезенки, без признаков портальной гипертензии, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; функционального раздражения кишечника с застоем химуса в начальных отделах сигмовидной кишки (для уточнения Ro кишечника), конкрементов в почках без нарушений урокинетики

23.05.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Инсуман Комб 25, метфогамма, клосарт, индапамид, торсид, цефадокс, зафирон, флутиксон, муколван, аброл SR, АЦЦ, кокарнит, актовегин, тиогамма, золопент, лоспирин, бифрен, ивабрадин, хемопамид

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, больной не всегда соблюдает диету, уменьшились боли в н/к. АД 130-140/80 мм рт. ст. сохраняется одышка, кашель.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Комб п/з-32-34 ед., п/уж -26-28 ед. ,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

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. Гипотензивная терапия: клосарт 25-50 мг, индапрес (индап) 2,5 мг утром, торсид 10 мг утром 2р\нед, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: бифрен 1т 2р/д 1 мес, Дуплекс МАГ
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В