#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1573

##### Ф.И.О: Труфанов Иван Викторович

Год рождения: 1964

Место жительства: Розовский р-н, с. Зеленополь ул. Центральная 11

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 10.11.17 по 20.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутиреоз. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. ДДПП ПОП. Вертеброгенная люмбалгия Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, , общую слабость, быструю утомляемость, боли в прекардиальной области ,.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2010 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 32ед., п/у- 30ед., Генсулин Р п/з 12 ед, п/у 10 ед диаформин 1000 м г2р/д Гликемия –7-13 ммоль/л. Боли в н/к беспокоят сначала заболевания. Усиление болей н/к в течение 6 мес. Последнее стац. лечение в 2016г. АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает индапрес 2,5мг утром, эналаприл 10 мг 2р/д. АИТ с 2012 ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 399 (0-30) МЕ/мл 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 |
| 13.11.17 | 168 | 5,1 | 6,7 | 16 | 1 | 0 | 60 | 36 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.11 | 105 | 4,1 | 2,7 | 1,2 | 1,66 | 2,4 | 5,1 | 85 | 10,7 | 2,6 | 3,0 | 0,24 | 0,61 |

14.11.17 Глик. гемоглобин – 10,7%

17.11.17 Св.Т4 – 14,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 2,3 (0,3-4,0) Мме/мл

13.11.17 К –4,21 ; Nа –133 Са++ 1,15- С1 -102,5 ммоль/л

13.11.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 86,0 %; фибр – 4,0г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4

### 13.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 3-4-5 в п/зр белок – 0,036 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

15.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

14.11.17 Суточная глюкозурия –2,8 %; Суточная протеинурия – 0,116

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.11 | 10,9 | 12,7 | 9,8 | 8,1 |
| 14.11 | 8,9 | 9,9 | 7,1 | 9,1 |
| 16.11 | 11,4 | 12,7 | 4,4 | 10,0 |
| 17.11 | 8,7 | 11,4 | 8,5 | 8,5 |
| 18.11 2.00-8,9 | 4,1 | 6,0 | 9,3 | 11,2 |
| 19.11 |  |  |  | 6,0 |

13.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. ДПП ПОП. Вертеброгенная люмбалгия

13.1.17 Окулист: VIS OD=0,2 н/к OS= 0,2 н/к ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I.. Вены полнокровны. микроаневризмы ,ед, твердые эксудаты Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.11.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

11.2016Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

13.11.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. ЖКБ хр. калькулезный холецистит?

14.11.17 На р- гр ПОП признаки субхондрального склероза, , снижение высоты межпозвонковых дисков.,передние остеофиты L 2,3,4,5.

16.11.17 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

13.1.117 Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева –1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

10.1.117 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,6 см3; лев. д. V = 8,0см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, диаформин, эналаприл, индапрес, тиогамма, актовегин, витаксон

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, онемение пальцев ног. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 32-36ед., п/уж -32-34 ед., Генсулин Р п/з 16-18 ед, п/у 10-12 ед ,диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч. с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Конс. кардиолога по м/ж.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. 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.
10. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес. аркоксия 90 мг 1р/д 7 дней ,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, нефролога ЗОКБ, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ и АРА 2. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.