#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1309

##### Ф.И.О: Клименко Федор Иванович

Год рождения: 1953

Место жительства: Вольнянский р-н,с. Антоновка ул. Центральная 72

Место работы: н/р

Находился на лечении с 21.09.17 по 04.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Папиллярная карцинома щит железы Т2М1N0, группа высокого риска. Послеоперационный гипотиреоз (2013) в стадии медикаментозной компенсации. Хронический панкреатит с нарушением инкреторной функции, псевдокисты головки поджелудочной железы. Жировая дистрофия печени 1- II ст. Стеатогепатоз. Спленомегалия. ИБС, стенокардия напряжения ф. кл 1. СН1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение, учащенное сердцебиение, тупые боли в левом подреберье.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на комбинированную инсулинотерапию в сочетании с метформином. В 2014 в связи с плохой переносимостью и увеличением показателей печеночных проб метформин был отменен, переведен на 2х кратное введение Генсулин Н . В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 40, п/у 6-8ед. Гликемия –9,0-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. В 2013 тиреоидэктомия по поводу папиллярной карциномы щит железы Т2N1M0. Принимает эутирокс 225 мкг/сут с супрессивной и заместительной целью ТТГ –0,13 (0,3-4,0) Мме/мл, Т4св – 16,0 (11,5-22,7) пМоль/л от 17.08.17. В 2015 -2016по данным КТ выявлены очаговые изменения головки поджелудочной железы. В 2003 пластика паховой грыжи справа. Повышение АД в течение 45 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10 мг, магникор 75мг 1т. 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 |
| 22.09 | 163 | 4,9 | 3,9 | 8 | 1 | 0 | 64 | 33 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 22.09 | 93 |  |  |  |  |  | 7,3 | 84 | 16,1 | 3,3 |  | 1,2 | 2,1 |
| 02.10 | 115 |  |  |  |  |  | 5,9 | 67,1 |  |  |  |  |  |

22.09.17 Глик. гемоглобин -10,1 %

17.08.17 РЭА – 4,0 нг/мл (<3.4) СА 19-9 2.5ед/л ( 0-18)

22.09.17 Анализ крови на RW- отр

22.09.17 Глик. гемоглобин – 10,1%

### 22.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,037 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

29.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

25.09.17 Суточная глюкозурия – 2,0%; Суточная протеинурия – 0,074

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.09 | 10,6 | 11,7 | 11,0 | 12,3 |  |
| 23.09 | 14,2 | 14,2 | 14,4 | 12,6 |  |
| 26.09 | 11,2 | 15,5 | 12,1 | 12,6 |  |
| 28.09 | 9,2 | 9,6 | 11,1 | 13,6 |  |
| 01.10 | 10,3 | 11,2 | 11,8 | 12,2 | 12,1 |
| 02.10 | 9,8 | 12,2 |  |  |  |
| 03.10 | 9,3 | 9,4 | 7,7 | 8,0 |  |

27.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

03.10.17 Окулист: VIS OD= 0,9сф + 0,25=1,0 OS= 0,6сф +0,5=1,0 ; Факосклероз.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. гр четкие . А:V 1:2 сосуды узкие, склерозированы, ход сосудов ближе к прямолинейному, с-м Салюс 1-IIст. В макуле депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.09.17 ЭКГ: ЧСС -52 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада передней ветви ЛНПГ.

21.09.17 Ангиохирург Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

25.09.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст . Хр панкреатит с нарушением эндокринной, экскреторной функции поджелудочной железы вне обострения. Псевдокисты крючковидного отростка головки поджелудочной железы. Хронический гепатит, стеатогепатоз.

27.09.17 гастроэнтеролог: Хронический панкреатит с нарушением инкреторной функции, псевдокисты головки поджелудочной железы. Жировая дистрофия печени 1- II ст. Стеатогепатоз. Спленомегалия

22.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена

22.09.17Кт ОБП:КТ признаки гепатомегалии, спленомегалии, диффузного гепатостеатоза, псевдокист крючковидного отростка, головки поджелудочной железы, неосложнённых кист почек.

21.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =фиброз лев. д. V =фиброз

Паренхима щит железы и регионарные л/узлы не визуализируются. Очаговых образований в проекции лежа щит. железы не выявлено. Закл.: Культи обеих долей.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, диалипон, тивортин, витаксон, хипотел, бисопролол, индапамид, магникор, эутирокс, СаД3 никомед, урсохол, мебисин, трайкор,

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-16-18 ед., п/уж – 8-10ед., Генсулин Н п/з- 40-42ед., п/уж – 22-24ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии.
5. Гиполипидемическая терапия: трайкор 145 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: хипотел 80 мг утром, бисопролол 5 г/сут, индапамид 2,5 мг натощак. магникор 75м 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, армадин 4,0 в/в № 10, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. Рек гастроэнтеролога: диета, наблюдение хирурга по /ж. контроль УЗИ ОБП 2р/год. Контроль КТ ОБП 1р/год, к лечению урсосан 2к на ночь 1 мес (курсами 2-3 р/год), мебсин 1к 2р/д 10-14 дней (курсам 2-3р/од) и по требованию.
11. Эутирокс 225 мкг натощак. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек хирурга: УЗИ (КТ) каждые 6-12 мес. В случае ухудшения состояния, увеличения размеров псевдокист конс. хирурга для решения вопроса оперативного лечения.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В