#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 34

##### Ф.И.О: Бойко Леонид Васильевич

Год рождения: 1972

Место жительства: Пологовский р-н, с. Шевченково пер. Дачный 1

Место работы: н/р

Находился на лечении с 10.01.17 по 24.01.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к.ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диффузный зоб 1, мелкий узел правой доли. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 34,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия экссудативный перикардит СН 0-I. без систолической дисфункции ЛЖ. Гипертоническая болезнь I стадии

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП(Диабетон MR , глюкофаж) со слов непереносимость препаратов метформина. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Генсулин R, Генсулин Н. В связи с неэффективностью с 2015 переведен на Инсуман Рапид, Инсуман Базал. В наст. время принимает: Инсуман Рапид 18 п/з- ед., п/у-20 ед Инсуман Базал п/з 34 ед, п/у 26 ед. НвАIс – 8,4 % от 29.11.16. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 10 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.01.17 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр – 4,5 лейк –4,2 СОЭ –7 мм/час

э- 1% п- 0% с- 54% л- 39% м-6 %

11.01.17 Биохимия: СКФ – 115,6 мл./мин., хол –4,6 тригл – 1,81 ХСЛПВП -0,87 ХСЛПНП -2,9 Катер – 4,3мочевина – 7,8 креатинин – 120,5 бил общ –11,2 бил пр – 2,8 тим –2,6 АСТ –0,52 АЛТ – 0,90 ммоль/л;

11.01.17 Глик. гемоглобин -11,2 %

13.01.17Св.Т4 - 14,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –12,9 (0-30) МЕ/мл

### 11.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

12.01.17 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.01.17 Микроальбуминурия –175,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.01 | 10,2 | 11,9 | 7,8 | 6,2 |
| 14.01 | 5,2 | 8,3 | 6,1 | 4,8 |
| 19.01 | 5,2 | 11,3 | 4,9 | 4,8 |
| 20.01 |  | 7,4 |  |  |

10.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение

16.01.17Окулист: VIS OD= 1,0OS= 1,0; ВГД OD= 18 OS=18

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 Артерии сужены, склерозированы. Вены полнокровны. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

10.01.17ЭКГ: ЧСС – 92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

16.01.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия экссудативный перикардит СН 0-I. без систолической дисфункции ЛЖ. Гипертоническая болезнь I стадии.

14.01.17 ЭХО КС: КДР-5,9 см; КДО- 170мл; КСР- 3,8см; КСО-61 мл; УО-109 мл; МОК-8,5 л/мин.; ФВ-64 %; просвет корня аорты -2,3 см; ПЛП -4,1 см; МЖП –1,2 см; ЗСЛЖ –1,1 см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты и АК. Увеличение полости ЛЖ. Гипертрофия Миокарда базального отдела МЖП. Незначительный выпот в перикарде. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

11.08.14 (/б № 967)Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.01.17РВГ: Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

10.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,8 см3; лев. д. V = 9,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные .В пр. доле у переднего контура узел с кальцинированной стенкой 0,73 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Мелкий узел правой доли.

20.01.17 проведена ТАПБ узла щит. железы.

Лечение: эналаприл, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, Инсуман Комб, тиогамма, актовегин, мильгамма, стеатель.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

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-48-50 ед., п/уж -44-46 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. Рек. кардиолога: престариум 2,5 мг веч. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС через 3-4 нед.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес, с результатами ТАПБ повторный осмотр эндокринолога..

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В