#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 322

##### Ф.И.О: Богдан Михаил Михайлович

Год рождения: 1952

Место жительства: Пологовский р-н с.Чубаревка ул. Первомайская 198

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 02.03.17 по 13.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметрия полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 3. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-12 ед., п/о-12 ед., п/у- 12ед., Лантус 22.00 – 30 ед. НвАIс -9,6 % от 25.01.2016 . Последнее стац. лечение в 2010г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает каптопрес, Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.03.17 Общ. ан. крови Нв –154 г/л эритр – 4,6 лейк –6,1 СОЭ –9 мм/час

э-2 % п- 5% с- 68% л- 23 % м- 2%

02.03.17 Биохимия: СКФ –105,2 мл./мин., хол –5,7 тригл – 4,1 ХСЛПВП -105 ХСЛПНП -2,8Катер -4,4 мочевина 5,9– креатинин – 92,4 бил общ – 10,0 бил пр – 2,5 тим –1,3 АСТ –0,27 АЛТ –0,45 ммоль/л;

09.03.17 ТТГ 0,4– 0,4 (0,3-4,0) Мме/млАТ ТПО – 21,4 (0-30) МЕ/мл

### 03.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1019 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

06.03.17 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.03 | 8,8 | 9,1 | 6,9 | 8,8 |
| 08.03 | 7,2 | 11,9 | 11,1 | 8,0 |
| 11.03 | 8,6 | 11,7 | 9,7 | 7,6 |

02.3.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметрия полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

06.03.17Окулист: VIS OD=0,6сф + 0,5=0,9 OS= 0,8сф + 0,5 =1,0 ; ВГД OD= 18 OS=18

Факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены широкие, полнокровные, артерии сужены Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

02.03.17ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 3

03.03.17 На Р-гр обеих г/ст с-вов признаки субхондрального склероза. справа консолидированный перелом наружной лодыжки

06.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.03.17 ЛОР: Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст.

03.03.17 РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

03.03.17 Допплерография: определение ЛПИ противопоказано из-за наличия перелома правого голеней.

10.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы.

07.03.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к ст. ДГПЖ?

06.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5 см3; лев. д. V = 5,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура мелкозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналаприл, диаформин, индапрес, диалипон, актовегин, кокарнит, Эпайдра Лантус

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, 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: Эпайдра п/з-14 ед., п/о- 14ед., п/уж - 14ед., Лантус 22.00 40 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Берлитион (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.
6. Ре ЛОР: ежегодный аудиометрический контроль. наблюдение ЛОР, сурдолога.
7. Рек хирурга : конс. уролога, сосудистого хирурга.
8. Срочно определить анализ на глик. гемоглобин (последний контроль был 21.01.16).
9. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В