#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 344

##### Ф.И.О: Татоян Корюн Сисанович

Год рождения: 1917

Место жительства: Васильевский р-н, с. Скельки ул. Ленина 58

Место работы: инв II гр, пенсионер

Находился на лечении с 07 .03.17 по 16.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хр. течение. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Васкуляная атрофия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения II – Ш ф. кл. постинфарктный кардиосклероз (2006). КАГ 2014. ЧКВ, имплантация стента 2016. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ДЭП 1-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, мерзнут пальцы обеих стоп и рук, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, сиофор). С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 45ед., п/у- 25ед., сиофор 500 мг 2р\д. Гликемия –16,7 ммоль/л от 21.02.17. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 20 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

10.03.17 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр –4,2 лейк – 5,1 СОЭ – 8мм/час

э- 1% п- 1% с- 72% л-24 % м-2%

09.03.17 Биохимия: СКФ –87 мл./мин., хол –4,4 тригл -6,2 мочевина –8,2 креатинин – 100,1бил общ –10,8 бил пр – 2,7 тим – 4,5 АСТ – 0,39 АЛТ – 0,87 ммоль/л;

10.03.17 хол –4,2 тригл -3,3 ХСЛПВП – 1,97ХСЛПНП -0,73 Катер – 1,1

10.03.17ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – 10,6 (0-30) МЕ/мл

### 10.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,631 ацетон –отр; эпит. пл. -ед; эпит. перех. - ед в п/зр

10.03.17 Суточная глюкозурия – 2,1 %; Суточная протеинурия – 1,13

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.03 | 14,6 | 16,4 | 12,8 | 13,0 |
| 11.03 | 6,6 | 15,4 | 7,8 | 5,5 |
| 14.03 | 8,3 | 8,5 | 7,4 | 8,4 |

10.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хр. течение. ДЭП 1-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м

09.03.17Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды извиты, склерозированы, Салюс I справа множественные микроаневризмы, геморрагии, слева ед. микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Васкулярная атрофия OS.

15.03.17ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

15.03.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Единичная желудочковая экстрасистола. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

15.05.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II – Ш ф. кл. постинфарктный кардиосклероз ( 2006). КАГ 2014. ЧКВ, имплантация стента 2016. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

15.05.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст

10.03.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

10.03.17Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

21.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0 см3; лев. д. V = 7,2см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,3 см. В пр доле с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,63 \*0,52 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел правой доли.

Лечение: эналаприл, атф-лонг, диаформин, каптоприл, Фармасулин НNP, папаверин, Фармасулин Н

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД130/90 мм рт. ст. корригированные дозы инсулина соответствуют глик. профилю с добавлением Фармасулин Н

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-18 ед п/уж -12 ед., Фармасулин НNP (пенф) п/з- 20ед п/уж - 18ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*1р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\днолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.,
5. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес., лирика 150 мг 2р\д.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 2р/год.
7. Рек. окулиста: визолотон 1к 3р/д, бетофтан 1к 2р/д 1 мес

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В