#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 348

##### Ф.И.О: Слабышев Григорий Федорович

Год рождения: 1948

Место жительства: Куйбышевский р-н, с. Гусарка ул. Октябрьская175

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 07.03.17 по 21.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4) хроническое течение. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гепатоз. Хронический колит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия тонкого кишечника. СПО 2002 кишечная непроходимость. ДОА к/с Ш ст, болевой с-м, нарушение функции. Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение, неконтролируемое. Эмфизема, ЛН II ст. Незрелая катаракта ОИ. Деструкция OS. ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф.кл Персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН II А. Ф. кл II. Гипертоническая болезнь Ш ст 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

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, общую слабость, утомляемость, гипогликемические состояния на фоне приема инсулинотерапии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, глибенкламид) с 30.11.16 – 14.12.16 проходил стац лечение в ОКЭД, где назначена инсулинотерапия. Хумодар Р100Р п/з 16 ед. п/у 10 ед, Хумодар Б100Р – п/з 20ед, п/у 20 ед. После выписки из стационара начал отмечать ухудшение состояния – учащение гипогликемических состояний, инсулин отменен самостоятельно, гликемия амбулаторно 10-15 ммоль/л (со слов больного). 22.02.17 консультирован эндокринологом ОКЭД. назначен прием Диабетон MR 120 мг утром, принимает в настоящее время. Длительность нарушения ритма по типу фибрилляции предсердий указать не может. 11.2016 при осмотре кардиологом Дз: «ИБС, диффузный кардиосклероз, постоянная форма фибрилляции предсердий». 22.02.17 по данным ЭКГ ритм – синусовый (точную дату восстановления ритма пациент указать не может) С 1997 страдает бронхиальной астмой, базовую терапию не получает, принимает сальбутамол по требованию. Во время стац лечения в ОКЭД 12.2016 прошел курс сосудистой терапии – актовегин, витаксон. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.03.17 Общ. ан. крови Нв –126 г/л эритр – 3,8 лейк –4,4 СОЭ –5 мм/час

э- 6% п- 0% с-61 % л- 31 % м- 2%

20.03.17 Общ. ан. крови Нв – 138 г/л эритр – 4,1 лейк –5,3 СОЭ –5 мм/час

э- 3% п- 3% с- 53% л- 38% м- 3%

09.03.17 Биохимия: СКФ –74,5 мл./мин., хол –3,8 тригл -1,27 ХСЛПВП -1,2 ХСЛПНП -2,0 Катер -2,2 мочевина –3,2 креатинин – 73,7 бил общ – 11,0 бил пр –2,9 тим –0,76 АСТ – 0,14 АЛТ –0,12 ммоль/л;

15.03.17 Глик. гемоглобин – 7,8%

09.03.17 К – 4,29; Nа –143,6 Са++ -1,2 С1 -97,7 ммоль/л

### 10.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

09.03.17 Суточная глюкозурия – 1,0 %; Суточная протеинурия – 0,038

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.03 | 5,9 | 10,4 | 9,9 | 10,5 |  |
| 10.03 | 4,8 | 11,0 | 4,7 | 10,0 |  |
| 13.03 |  | 7,2 | 8,2 | 9,0 |  |
| 15.03 |  |  |  | 9,4 | 8,5 |
| 16.03 | 7,6 | 10,9 | 9,9 | 10,4 |  |
| 17.03 | 7,3 | 8,9 | 11,1 | 16,2 | 13,3 |
| 18.03 | 4,0 |  | 9,6 | 9,6 |  |
| 19.03 | 10,4 | 9,5 | 10,6 | 8,6 |  |
| 20.03 | 3,6 | 8,6 |  |  |  |
| 21.03 | 5,2 |  |  |  |  |

22.03.1Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4) хроническое течении. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Эмоционально волевые расстройства.

14.03.17 Окулист: . Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды неравномерного калибра, извиты, склерозированы, вены полнокровны, Салюс 1- II. В макулярной области без особенностей Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Деструкция СТ OS

09.03.17 ЭКГ: ЧСС -90 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.03.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка Диффузные изменения миокарда.

16.03.16 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

10.03.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф.кл Персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН II А. Ф. кл II . Гипертоническая болезнь Ш ст 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

13.03.17 Аллерголог: Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение, неконтролируемое. Эмфизема , ЛН II ст.

17.03.17 ФГДЭС: Эрозивный гастрит. состояние после резекции желудка. Б1

15.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.03.17 Хирург: Предв. диагноз: Спаечная болезнь брюшной полости. Хр. Колит.

10.03.17Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в ст обострения нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. НЖБП 1 ст. хронический гепатоз. Хронический колит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия толстого кишечника . СПО 2002 - кишечная непроходимость.

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

15.03.17 травматолог: ДОА г/с Шст болевой с-м, нарушение функции.

10.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы, опущение и повышения подвижности левой почки, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 2 ст.

14.03.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше

07.03.17 осмотр доц. кафедры Соловьюк А.О. диагноз согласован

##### 15.03.17 Консилиум Леч. врач Соловьюк Е.А. Зав. отд. Фещук И.А. Нач. мед. Карпенко И.В доц. каф. Соловьюк А.О, зав. диаб отд. Еременко Н.В.: диагноз согласован.

15.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,6 см3; лев. д. V = 3,1 см3

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

Лечение: предуктал MR, альмагель, сальбутамол, Диабетон MR, гепадиф, урсохол, дефинорм, мезим 10тыс, клопидогрель, дилтиазем ретард, пирацетам, дексаметазон в/в кап, Инсуман Базал, Инсуман Рапид.

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Инсуман Базал. СД субкомпенсирован, повышение гликемии в 16.00 19.03.17связано с грубым нарушением режима диетотерапии. Уменьшилась общая слабость, утомляемость, одышка, приступы ночного кашля не беспокоят. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, аллерголога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-8-10 ед.,

ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг утром

Регулярный самоконтроль, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р в 3 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами по согласованию с гастроэнтерологом.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., клопидогрель 75 мг 1р\д, при переносимости аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т 1р\д , дилтиазем ретард 90 1т 1-2р/д, ограничить потребление и введение жидкости. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Рек гастроэнтеролога: стол № 5 режим питания гепадиф (гепавал) 2т 2\д 3 мес, урсохол 250 мг 2к на ночь 3 мес, дефинорм 1к 4р/д 1 мес. мезим 10тыс 1т 3р/д во время еды 1 мес.
5. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг (1т 1р\д) 1,5 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. определить ТТГ, АТТПО по м\ж. с послед консультацией эндокринолога
7. Рек аллерголога: серетид 50/500 2р, спирива респимат 2дозы утром, беродуал 100 мкг по требованию, аэрофилин 1т 2р\д,
8. Повторный осмотр аллерголога ЗОКБ ил по м\ж, при необходимости.
9. Рек травматолога: осмотр в отд травматологии для решения вопроса оперативного лечения .

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В