#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 207

##### Ф.И.О: Сеньченко Виталий Александрович

Год рождения: 1963

Место жительства: Васильевский р-н, М. Белозерка ул. Киевская 24

Место работы: н/р

Находился на лечении с 10.02.17 по 23.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение роговицы OS.Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 38,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. ф. кл 1. Риск 4. ДЭП 1-II, сочетанного генеза, цереброастенический с-м, ДДПП на грудном уровне. хр. рецидивирующее течение ст. ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 20 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышку при физ нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В настоящее время принимает амарил 3 мг 1р\д. Гликемия – 10-17 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 5 лет принимает тонорма. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

1317.02.17 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр – 4,2 лейк – 6,0 СОЭ –24 мм/час

э- 0% п- 0% с- 65% л- 31% м-4 %

13.02.17 Биохимия: СКФ –117,2 мл./мин., хол –7,2 тригл – 2,05ХСЛПВП -1,28 ХСЛПНП – 5,2Катер -4,8 мочевина –5,3 креатинин –123,2 бил общ –12,8 бил пр – 3,2 тим – 1,8 АСТ –0,99 АЛТ –0,67 ммоль/л;

15.02.17 мочевина 6,5 креатинин 107,8 СКФ 134

17.02.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 1,5 (0-30) МЕ/мл

17.02.17 К – 3,88 ; Nа – 141 Са - 2,33 Са++ - 1,15С1 - 100 ммоль/л

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

13.02.17 Суточная глюкозурия –1,79 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.02.17 Микроальбуминурия – 14,6мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.02 | 13,2 | 17,3 | 10,6 | 14,2 |  |
| 13.02 |  |  | 12,3 | 15,2 | 15,7 |
| 14.02 | 12,3 | 13,7 | 9,3 | 10,7 |  |
| 16.02 | 15,7 | 11,3 | 7,7 | 10,7 |  |
| 19.02 | 10,9 | 9,3 | 7,4 | 7,6 |  |
| 21.02 2.00-6,9 | 10,7 | 10,0 | 9,7 | 11,0 |  |
| 22.02 | 8,4 | 10,3 | 10,0 | 9,6 | 5,6 |
|  |  |  |  |  |  |

10.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДЭП 1-II, сочетанного генеза, цереброастенический с-м, ДДПП на грудном уровне. хр. рецидивирующее течение ст. ремиссии.

14.02.17Окулист: VIS OD= 0,6сф + 0,5 =0,8 OS= 0,4 н/к факосклероз. . Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 артерии узкие вены широкие, полнокровны, неравномерного калибра. Салюс II-Ш, ангиосклероз. Множественные микрогеморрагии, мягкие экссудаты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение роговицы OS.

13.02.17ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

13.02.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. ф. кл 1. Риск 4.

14.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.02.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

10.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8см3; лев. д. V = 4,7см3

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

Лечение: амарил, мефармил, нолипрел би форте, каптоприл, корвалол, диаформин, вазотал, тиогамма, витаксон, луцетам, Инсуман Базал

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

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

диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолпирел биф орте 1т 1р\д, амлодипин 5-10 мг 1р\д, при недостаточном снижении АД физиотенс 0,2 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В