#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1496

##### Ф.И.О: Остапенко Константин Геннадиевич

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Запорожье ул. Будённого 4- 20

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 09.11.18 по  21.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки, гиперметропия слабой степени, гиперметропический астигматизм ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Субклинический гипотиреоз.. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. омы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диаририд, сиофор). С 1.2018 в связи с декомпенсацией СД переведен на комбинированную инсулинотерапию. В наст. время принимает: диапирид 4 мг, диаформин 1000 мг 2р/д Инсуман Базал п/у 8 ед Гликемия –12,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 01.2018 г. АИТ, гипертрофическая форма с 2014, ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –214 (0-30) МЕ/мл от 14.12.14Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.11 | 162 | 4,9 | 7,5 | 8 | |  | | 1 | 3 | 66 | 28 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.11 | 119 | 5,29 | 1,77 | 1,24 | 3,23 | | 3,2 | 4,0 | 78 | 12,0 | 2,8 | 3,8 | | 0,35 | 0,48 |

13.11.18 Глик. гемоглобин – 9,9%

13.11.18 Анализ крови на RW- отр

16.11.18Св.Т4 – 9,8 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 2,3 (0,3-4,0) Мме/мл

13.11.18 К –4,14 ; Nа – 138 Са++ - 1,18С1 -101 ммоль/л

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

15.11.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 15.11.18 Микроальбуминурия 189,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.11 | 10,6 | 8,8 | 11,6 | 9,7 |
| 15.11 | 8,8 | 6,5 | 6,9 | 6,4 |
| 18.11 | 8,5 | 5,4 | 7,7 | 6,0 |
| 19.11 | 7,2 |  |  |  |

18.01.18 Невропатолог Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5).

12.11.18 Окулист: VIS OD= 0,4сф + 2,0=0,9-1,0 OS= 0,4+1,75=0,9 .

Гл. дно: сосуды умеренно сужены, умеренно извиты, вены неравномерного калибра, полнокровны, с-м Салюс 1 ст. В макуле без особенностей. Д-з: Диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки, гиперметропия слабой степени, гиперметропический астигматизм ОИ.

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

12.11.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

12.11.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

14.11.18 На –гр ПОП в 2х проекция признаки субхондрального склероза сужение высоты межпозвонковых дисков

13.11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II ст . Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

09.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4см3; лев. д. V = 7,9см3

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

Лечение: Инсуман Базал, амарил, диаформин, тиогамма, мильгамма ,стеатель, актовегин, келтикан ,нолипрел би форте

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/уж -12-14 ед.,

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

метформин (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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел бифорте 1т утром
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. келтикан 1т 3р/д.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Т4св через 2 мес с послед осмотром эндокринолога

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.