#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1182

##### Ф.И.О: Шульженко Игорь Иванович

Год рождения: 1960

Место жительства: Черниговский р-н, с. Новоказанковатое, ул Гагарина 123

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 12.09.18 по  24.09.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гиперментропия слабой степени ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 3 кг за год,

ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, периодически гипогликемические состояния 3-4 р/ год после физ нагрузки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 28ед.,., п/у- 28ед., Фармасулин Н п/з 8 ед, диаформин 1000 мг 2р/д. Гликемия –7-10 ммоль/л. НвАIс – 7,9 % от 06.07.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает рамизес 10 мг утром ,амлодипин 10 мг 1р/д Госпитализирован 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 | | |
| 13.09 | 149 | 4,5 | 8,2 | 9 | |  | | 5 | 3 | 69 | 17 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.09 | 98 | 3,8 | 1,35 | 1,02 | 2,2 | | 2,7 | 6,0 | 86 | 15,5 | 4,0 | 6,6 | | 0,37 | 0,27 |

13.09.18 К –4,73 ; Nа – 137 Са++ - 1,07С1 - 106 ммоль/л

### 13.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,032 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

14.09.18 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.18 Микроальбуминурия – 43,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.09 | 7,6 | 9,3 | 8,9 | 7,6 |
| 16.09 | 6,2 | 5,9 | 5,5 | 8,0 |

19.09.18 Окулист: VIS OD= 0,2сф + 1,0 д=0,8 OS= 0,2 сф + 1,5 = 0,6-0,7 ;

Уплотнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: вены неравномерного калибра, полнокровны, артерии узкие, сосуды извиты ,склерозированы, С-м Салюс 1-2 , геморрагии , слева перегруппировка пигмента, микрогеморрагии, аневризмы, сливные друзы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гиперменторопия слабой степени ОИ.

12.09.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

13.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.08.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

20.9.18 Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст, гепатоспленомегалия . ДЖВП по гипомотроному типу. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. СРК со склонность к послаблению стула, фиброз кишечника.

13.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. 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.

13.09.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение:. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением печени и селезенки, застоя в желчном пузыре, фиброзиварония поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника,

12.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,1 см3; лев. д. V = 8,7 см3

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

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, мефармил, рамизес, амлодипин, диалипон ,витаксон, тивортин нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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: Фармасулин Н п/з- 8ед. Фармасулин НNP п/з 28-30 п/у 28 ед.

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. Гипотензивная терапия: рамизес 10 мг утром, амлоидпин 10 мг веч. эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Конс невропатолога, кардиолога по м/ж.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. 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.