#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 921

##### Ф.И.О: Семененко Сергей Иосифович

Год рождения: 1960

Место жительства: Пологовский р-н, с .Чубаревка ул. Школьная 58

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 09.07.18 по  19.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 1). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сетчатки, частичная атрофия зрительного нерва, начальная катаракта ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Смешанный зоб 1 ст, узел левой доли щит железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза ,церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст. пекущие боли в пальцах обеих стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. . С 2013 в связи с декомпенсацией переведен на Хумодар К 25 100Р в комбинации с диаформином. В .2017 переведен на Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, диаформин 1000 мг 1р/д. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 20ед., Хумодар Б100Р п/з 32 ед, диаформин 1000 мг веч. Гликемия –12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг. Узловой зоб выявлен в 2013 АТТПО - 19,9 МЕ/мл, ТАПБ не проводилась. 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 | | |
| 10.07 | 163 | 4,9 | 6,1 | 10 | |  | | 1 | 1 | 61 | 34 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 10.07 | 79,7 | 4,4 | 2,0 | 0,93 | 2,6 | | 3,7 | 3,6 | 103 | 23,6 | 4,6 | 1,0 | | 0,22 | 0,49 |

11.07.18 Глик. гемоглобин -9,3 %

10.07.18 Анализ крови на RW- отр

16.07.18 ТТГ – 4,01 мкМЕ/мл (0,3-4,0)

10.07.18 К – 4,03 ; Nа – 144 Са++ -1,22 С1 -103 ммоль/л

### 10.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

12.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

11.07.18 Суточная глюкозурия – 2,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.07.18 Микроальбуминурия –83,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.07 | 4,0 | 6,8 | 13,7 |  |  |
| 11.07 | 13,2 |  |  |  |  |
| 12.07 | 10,6 | 9,3 | 9,5 | 15,1 | 9,1 |
| 15.07 | 10,8 | 9,5 | 9,7 | 10,3 |  |
| 18.07 | 5,7 | 3,3 | 5,4 | 12,2 |  |
| 19.07 |  | 5,9 |  |  |  |

16.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 1). ДЭП 1 ст, сочетанного генеза ,церебрастенический с-м.

12.07.18 Окулист: VIS OD= 0,2 н/к OS= 0,7-0,8 н/к ;.

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие, артерии сужены ,вены расширены, полнокровны. сосуды извиты, , склерозированы. С-м Салюс 1- II ст. В макулярной области без особенностей Д-з: Частичная атрофия зрительного нерва, начальная катаракта, ангиопатия сетчатки ОИ

09.07.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

12.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

18.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

09.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,6 см3; лев. д. V = 9,9см3

Щит. железа увеличена за счет левой доли. Контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,45 см. В левой доли в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,65\*1,12 см с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, диалипон, армадин, солкосерил, витаксон, асафен ,вазилип, диаформин.

Состояние больного при выписке: За период стац лечения корригированы дозы инсулина., отменен короткий инсулин, переведен на 2х кратное введение пролонгированного инсулина в комбинации с препаратами метформина. Уровень гликемии соответствует целевым значениям. 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 <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з 36 ед, п/у 20-32 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. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в, нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес, сермион 30 мг 1 мес, а-липоевая ксилота 600 мг/сут
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла левой доли щит. железы с послед. конс эндокринолога.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.