#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 317

##### Ф.И.О: Харченко Сергей Валентинович

Год рождения: 1963

Место жительства: Черниговский р-н, пгт Черниговка ул. ленина 48

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 02 .03.18 по 16.03.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, шум в голве , звон в ушах, шаткость при ходьбе, отеки голейн , стоп, давящие боли за грудиной при ходьбе, подъеме по лестнице, одышкупри ходьбе. боли в эпигастральной области натощак..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. при обследовании в урологчиеском отд . Непродолжительное время уолчал инсулинотерапию в дальнейшгем был переведен на таблетированые ССП ( амарил). В 2010 переведен на инсулинотерация в связи со стойкой декоменсацией В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 40ед., п/о- 30ед., п/у- 30ед., Фармасулин НNP 22.00 30 ед. Гликемия –8,7-12,0 ммоль/л. НвАIс – 10,2 % от 07.2017. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг утром, бисопролол 5 мг, амлодипин 10 мг веч, Язвенная болезнь 12п.к. полип желудка 2006, принимает золопент 40 мг, укрлив 1т веч. Диффузный зоб с 2014 АТТПО – 32, МЕ/мл ( 0-30) ТТГ – 1,7 ( 0,3-4,0) МЕ/мл. АТТПО – 2016 – 21,2 МЕ/мл Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 05.03 | 168 | 5,1 | 7,3 | 2 | 1 | 1 | 64 | 32 | 2 |
| 12.03 | 167 | 5,1 | 6,2 | 10 | 1 | 1 | 62 | 31 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.03 | 106 | 5,2 | 1,54 | 0,93 | 3,5 | 4,5 | 6,3 | 86 | 14,3 | 3,6 | 1,26 | 0,32 | 0,56 |

06.03.18 Глик. гемоглобин – 9,0%

05.03.18 Анализ крови на RW- отр

07.03.18 мочевая кислота 327,4 (208-428)мкмоль/л СРБ кол – 6,0 мг/л (0-5) Р-фактор 2,6 – МЕ/мл ( 0-14)

05.03.18 К –4,41 ; Nа –137,6 Са++ - 98,2С1 - ммоль/л

### 06.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

07.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -8500 эритр - белок – отр

15.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

05.03.18 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 05.03.18 Микроальбуминурия – 60,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.03 | 9,4 | 21,0 | 9,7 | 6,7 |  |
| 06.03 | 5,7 | 12,8 | 9,9 | 5,0 | 4,8 |
| 09.03 |  |  |  |  | 4,3 cito |
| 11.03 | 10,6 | 13,8 | 5,8 | 6,5 | 4,3 |
| 13.03 |  |  | 8,7 | 7,7 | 5,0 |
| 14.03 | 8,1 |  |  |  |  |

14.0308,15.03.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), ДЭП 1- II ст. Смешанного генеза, церебраостенчиеский с-м

13.03.18 Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7 Факосклероз. На гл дне

Гл. дно:. А:V 2:3 артерии суежны ,вены широкие, стенки утолщены, уплотенны. Сосуды извиты. Склерозированы. С-м Салюс 1- II ст. по ходу в/вис сосудистого пучка справа мелкое кровоизлияние. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

02.03.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

12.03.18Кардиолог: ИБС, стенокардиня напряжения II. ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз СН II А. ф. кл 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: прдуктал 1т 2р/д, аспири кардо 100 мг утром, хипотел 40-80 мг 1р/д, изокет спрей 1-2 дозы при болях в сердце. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

15.03.18 На р- обеих коленных суставов определяются суежние суставных щелей субхондральный склероз характерно для ДОА II – Ш ст. На р-гр обеих г/стопных суставов, признаки субхондрального склероза, сужение суставных поверхностей, характерно для ДОА 1- II ст

16.03.18 Ревматолог: остеоартроз коленных суставов Ro II – Ш с, г/стопных суставов Ro – 1- II НФС 1. Рек: артрокс 2, 0в/м через день № 30, пиаскледин 300 1к с едой до 5 мес, при болях ларфикс 8 мг 3-5 дней, местно бифлекс крем 2р/д. 2 нед. наблюдение терапевта.

14.03.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

14.03.18Нефролог: ХБП I ст.: МКБ, конкременты правой почки. Кисты левой почки. .

05.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 незначительно нарушена.

14.03.18. пульмонолог Хр. бронхит обострение Рек% цифран ОД 1000 1т 1р/д 7-8 днйе, беродуал Н 2 инг 3р/д 7-10 дней, АСС 600 11т 1р/д 7-1 дней.

13.03.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

02.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V = 6,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, левофлоксацин. АСС, бероудал Н, предуктал MR, анальгин, димедрол, папаверин, азитромицин, лазолван, лизиноприл, бисопролол , укрлив, торадив, тиогамма, эссенциале

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Фармасулин НNP 22.00 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Б/л серия. АДГ № 6717 с .03.18 по .03.18. к труду .03.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.