#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 140

##### Ф.И.О: Кара Сергей Михайлович

Год рождения: 1966

Место жительства: Приморский р-н ,с. Зеленовка ул. Юбилейная 15

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 26 .01.18 по 08.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложнённая катаракта Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст Диабетическая ангиопатия артерий н/к Шcт. Облитерирующий атеросклероз н/к, окклюзия БПС слева, хроническая ишемия II ст. Хр. фиброзно-дегенеративный калькулезный панкреатит. СПО (2005 тотальная продольная панкреатикоеюностомия) по поводу фиброзно-дегенеративного панкреатита. Хр. гастродуоденит, нестойкая ремисия. Хронический гипермоторный колит.Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. синусовая брадикардия СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, боли в эпигастральной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-28 ед., п/у-7 ед., Гликемия –2,6-18 ммоль/л. НвАIс -10,4 % от 11.2017 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 2 лет. В 2005 выполнена тотальная продольная панкреатикоеюностомия по поводу фиброзно-дегенеративного панкреатита, практически постоянно принимает креон. 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 |
| 26.01 | 165 | 5,03 | 13,3 | 4 | 3 | 2 | 63 | 29 | 3 |
| 30.01 | 160 | 4,3 | 7,9 | 8 | 1 | 1 | 64 | 31 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.01 |  |  |  |  |  |  | 4,7 | 100 | 11,7 | 2,9 | 0,6 | 0,24 | 0,31 |
| 30.01 | 87 | 4,42 | 1,47 | 1,0 | 2,74 | 3,42 |  | 86 |  |  |  |  |  |

27.01.18 К – 3,8 ; Nа –139 Са++ -1,19 С1 -103,6 ммоль/л

### 27.01.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

28.01.18 Суточная глюкозурия – 1,34%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.01.18 Микроальбуминурия – 50,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.01 |  |  | 10,7 | 8,7 |
| 27.01 | 5,2 | 8,2 | 10,0 | 14,0 |
| 28.01 | 4,8 | 5,1 | 9,8 | 11,8 |
| 30.01 | 6,9 | 17,2 |  | 7,5 |
| 02.02 | 7,2 | 10,4 | 5,0 |  |
| 05.02 |  |  |  | 7,1 |
| 07.02 | 5,6 |  |  |  |

02.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

30.01.18 Окулист: VIS OD= 0,3 н/к OS= 0,2-0,3 н/к

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды неравномерного калибра, извиты, склерозированы, вены умеренно полнокровны, с-м Салюс 1 ст. В макуле рефлекс сглажен, пастозность. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ДМО? ОИ.

26.01.18 ЭКГ: ЧСС - 44уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый брадикардия. Эль ось отклонена влево, неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

06.02.18 ЭКГ: ЧСС - 48уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый брадикардия единичная суправентрикулярная экстрасистола. Эль ось отклонена влево, неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

31.01.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. синусовая брадикардия СН 0.

01.02.18 ЭХОКС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, регургитации 1 ст на МК, и ТК, склеротических изменений створок МК ,АК

26.01.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

29.01.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Шcт. Облитерирующий атеросклероз н/к, окклюзия БПС слева, хроническая ишемия II ст. Хр. фиброзно-дегенеративный калькулезный панкреатит. СПО (2005 тотальная продольная панкреатикоеюностомия) по поводу фиброзно-дегенеративного панкреатита. Хр. гастродуоденит, нестойкая ремисия. Хронический гипермоторный колит.

31.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. 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. Затруднение венозного оттока слева.

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

26.01.18 УЗИОБП: эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1- II ст, перегиба желчного пузыря в в/3 тела и области шейки, застоя в желчном пузыре, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника.

26.01.18 ФГДЭС: Недосточность кардии. Рефлюкс эзофагит эритематозная гастродуоденопатия.

01.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0 см3; лев. д. V =5,7 см3

Перешеек –0,21 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: омепразол, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, эналаприл, омез, тиогамма, витаксон, нуклео ЦМФ, алора, креон, лоспирин, аспаркам.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм рт. ст. Учитывая снижение остроты зрения, подтвержденное осмотром окулиста от 30.01.18 рекомендовано применение инсулина Фармасулин НNP, Фармасулин Н в пенфильной форме. Выдано 2 шприц ручки. Пациент контактен по кори.

Рекомендовано:

1. В связи с возможным контактом по кори, рекомендовано обращение к инфекционисту по м/ж.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, ангиохирурга, гастроэнетролога по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
5. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP (пенф) п/з-26-28 ед., п/уж - 8ед., Фармасулин Н(пенф) п/з 8 ед.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Рек. кардиолога: амлодипин 2,5-5 мг 1р/д под контролем АД.
10. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.,
11. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
12. Конс гастроэнтеролога по м\ж.
13. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Конс гастроэнтеролога.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.