#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 179

##### Ф.И.О: Куркула Петр Григорьевич

Год рождения: 1956

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Кушугум, ул. Песчаная 64

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 05.02.18 по 15 .02.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. субкомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия, авитрия, незрелая катаракта. ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Смешанный зоб 1 ст. Узлы левой дои. Эутиреоидное состояние Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Синусовая брадикардия СН 0-1. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 смешанного генеза, цереброастенический с-м. ЖКБ, хронический калькулёзный холецистит в стадии нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на пекущие боли в стопах, одышку при подъеме в гору, тяжесть в пр подреберье, горечь во рту, периодически гипогликемические состояния в различное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. (манинил, сиофор) В 2000 в связи со стойкой декомпенсацией, рецидивирующей ацетонурией был переведен на инсулинотерапию. Актрапид НМ , Протофан НМ. В связи с прогрессирующим снижением зрения, гипогликемическими состояниями в 2007 был переведен на аналоги: Новорапид, Левемир. В 2015 в условиях Харьковского НИИ эндокринологии в связи с сохраняющимися гипогликемическими состояниями переведен на Эпайдра, Лантус. В 2017 во время стац лечения в эндокриндиспансере Лантус заменен на Тожео. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10 ед., п/о- 12ед., п/у- 10ед.,Тожео 22.00 45 ед. Гликемия –4,0-12,0 ммоль/л. НвАIс -6,9 % от 11.2017 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает вазар 160 мг, индапрес 2,5 мг, амлодипин 10 мг. финеренон /плацебо, кардиомагнил 75 мг. Смешанный зоб с 2010. АТТПО – 13 МЕ/мл (0-30) АТТГ – 217 МЕ/мл (0-100). 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 |
| 06.02 | 39 | 4,28 | 5,6 | 10 | 0 | 1 | 63 | 33 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.02 | 67,9 | 6,96 | 1,67 | 1,39 | 4,8 | 4,0 | 6,7 | 110 | 20,5 | 4,1 | 14,7 | 0,27 | 0,26 |

06.02.18 Глик. гемоглобин -6,9 %

06.02.18 Анализ крови на RW- отр

09.02.18ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл

06.02.18 К –3,87 ; Nа – 138Са++ -1,09 С1 - 107 ммоль/л

### 06.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк 1-3– в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр, соли оксалаты

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

07.02.18 Суточная глюкозурия – отр %; Суточная протеинурия – отр

##### 08.02.18 Микроальбуминурия –36,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.02 | 4,9 | 6,5 | 4,2 | 4,2 | 5,1 |
| 12.02 | 6,3 | 8,5 | 10,5 | 6,4 | 6,3 |

08.02.18Невропатолог: ДЭП 1 ,смешанного генеза, цереброастенчиеский с-м Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),

09.2.18 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ, больше ОД. Авитрия. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склероз, вены полнокровны, с-м Салюс 1- II ст. интенсивные ЛК по всему заднему полюсу, микроаневризмы. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия, авитрия. Незрелая катаракта. ОИ.

05.02. 18ЭКГ: ЧСС -50 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

09.0.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Синусовая брадикардия СН 0-1. Риск 4 Рек: амлодипин 10 мг , Контроль АД ,ЧСС, дообследование ЭХОКС.

08.02.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

07.02.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени, ЖКБ, хр. калькулезный холецистит, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, микролитов в обеих почках.

05.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5 см3; лев. д. V = 9,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. В левой доле коллоидная киста 0,7\*0,5 см. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доли.

Лечение: Эпайдра, Тожео, тиогамма, мильгамма, тивортин, актовегин, эссенциале,

Состояние больного при выписке: Показатели гликемии в пределах целевых значений гипогликемических состояний не отмечает, 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о- 12-14ед., п/уж -10-12 ед., Тожео 22.00 45-47 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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: вазар 160 мг, , индапрес (индап) 2,5 мг утром, амлодипин 10 мг, финеренон/плацебо. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 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. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 2,0 в/м
11. Рек окулиста: возможно оперативное леченее ФЭК + ИОЛ на ОИ в плановом порядке.
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
13. Конс. хирурга по оводу ЖКБ, для определения дальнейшей тактики лечения.
14. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.