#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 23

##### Ф.И.О: Матвиенко Александр Анатольевич

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Запорожье ул. ак. Амосова 63 - 32

Место работы: н/р

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

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, впервые выявленный. ДЭП ш сочетанного генез, цереброастенический с-м частые панические атаки, вестибуло атактический с-м. Патология МАГ, Аплазия правой ПА. ДДПП ШОП вертеброгенная церкобраниалгия, ремитирующее течение.

Ожирение Ш ст. (ИМТ 42кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

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

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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

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, полиурию, увеличение веса на 20 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 01.2017 обратился к семейному терапевту и эндокринологу, выдано направления для госпитализации в стационар обл эндокриндиспансера Комы отрицает. Гликемия –10 ммоль/л. НвАIс – 10,6 % от 29.11.17.. Повышение АД в течение 10 лет. 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 |
| 05.01 | 150 | 4,5 | 4,3 | 4 | 0 | 1 | 66 | 30 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.01 | 119 | 5,13 | 1,9 | 1,7 | 2,52 | 2,0 | 5,1 | 85 | 14,3 | 3,5 | 1,71 | 0,73 | 1,42 |

12.01.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

05.01.18ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –73,7 (0-30) МЕ/мл

05.01.18 К – 4,48 ; Nа – 131 Са++ -1,11 С1 -102 ммоль/л

### 05.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

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

10.01.18 Суточная глюкозурия – отр %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.01.18 Микроальбуминурия – 373мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.01 | 8,7 | 10,1 | 8,2 | 5,4 |  |
| 09.01 | 10,5 | 11,0 | 8,6 | 8,8 |  |
| 12.01 | 7,9 | 5,8 | 5,8 | 7,3 |  |
| 15.01 | 7,8 | 8,3 | 6,1 | 9,1 |  |
|  |  |  |  |  |  |

04.01.18Невропатолог: ДЭП II ст. сочетанного генеза, цереброастенический с-м с частыми паническими атаками, вестибуло-атактический с-м. Патология МРТ, амнезия правой ПА. ДДПП ШОП, вертеброгенная цервикалгия ремитирующее течение. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5).

19.01.18 Невропатолог(повторрно): ДЭП II ст. сочетанного генеза(сосудистая, потстравматическая) Авраженный церебрастенический с-м с частыми паническими атаками вестиубло-ааткический с-м, паологи МАГ, Аплазия правой ПА. ДДПП ШОП вертеброегнная цекокраниалгия, ремитирующее течение в ст. обострения . Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 6),

10.01.18 Окулист: VIS OD= 0,02сф – 6,5 =0,2 OS= 0,02сф – 7,0=0,2 рекомендован осмотр на широкий зрачок.

04.01.18 ФГ ОГК № 109263 без патологии.

03.01.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

09.01.18Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия ? СН 1.

Рекомендовано: ЭхокА , индопамид 2,5 мг утром.

19.03.18 кардиолог: СНС 1 Симптоматическая артериальная гипертензия. Метаболическая кардиомапатия СН-1. Рекомендовано: 1) УЗДЦ БЦА; 2) холтер.мониторир.АД.

09.01.18 доцент каф. внутр боле-1, кмн СОловбюк А.О:

Сахарный диабет, тип2, средней тяжести, впервые выявлений.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 6), хронический , течение

Ожирение Ш ст. (ИМТ 42кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени.

04.18. Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

10.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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 нарушена.

04.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,8 см3; лев. д. V =6,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная. Регионарные л/узлы в ++ области справа до 0,75\*0,39 см. слева до 1,1\*0,55 см. гипоэхогенные. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Лимфоденопатия.

Лечение: нейробион, нейромидин, вальсакор, тиоцетам, диаформин, эналаприл, индапрес, карведилол, витаксон, нуклео ЦМФ, диалипон, т-триомакс.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, 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. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Б/л серия. АДГ № 6716 с .01.18 по .01.18. к труду .01.18

Леч. врач Карпенко И.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.