#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 54

##### Ф.И.О: Остапенко Константин Геннадиевич

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Запорожье ул. Буденного 4-20

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 10.01.18 по 22.01.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки, гиперметропия гиперметрический астигматизм ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма.. Диффузный зоб I. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 31,6кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Бронхиальная астма ,частично контролируемая.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: диапирид 4 мг сиофор 1000 2р/д. Гликемия –9,4-17,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте. АИТ с 2014 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл от 16.12.16 ; АТ ТПО –214 (0-30) МЕ/мл от 14.12.15 .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 |
| 11.01 | 157 | 4,76 | 7,0 | 12 | 1 | 0 | 56 | 41 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.01 | 108 | 5,17 | 2,16 | 1,24 | 2,94 | 3,1 | 4,2 | 89 | 12,9 | 3,2 | 3,8 | 0,5 | 0,45 |

12.01.18 Глик. гемоглобин -10,1 %

12.01.18 ТТГ – 2,6 (0,3-4,0) Мме/мл

### 11.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

12.01.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 16.01.18 Микроальбуминурия – 49,9мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.01 | 12,6 | 10,2 | 10,4 | 8,7 |
| 15.01 | 6,6 | 5,7 | 6,2 |  |
| 20.01 | 6,0 | 6,3 | 7,0 | 8,0 |

18.01.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5),

12.01.18 Окулист: VIS OD= 0,6сф + 1,5=1,0 OS=0,6сф + 1,5=1,0 Оптические среды прозрачны. Гл. дно: сосуды сужены, умеренно извиты ,вены полнокровны, неравномерного калибра, Салюс 1. Д-з: Диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки, гиперметропия гиперметрический астигматизм ОИ.

10.01.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

15.01.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки. СН 1. Риск 4.

17.01.18 Иммунолог: Бронхиальная астма, частично контролируемое.

16.0.18 ЭХОКС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, дилатация ЛП, регургитация 1 ст на МК и ТК, склеротических изменений створок МК, АК.

17.01.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.01.18 Нефролог: ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

11.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы.

17.01.18Аллерголог: бронхиальная астма ,частично контролируемая.

17.01.18 Нефролог: Хроническая болезнь почек 1 ст. гипертензивная нефропатия

17.01.18Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.01.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; фиброзирования поджелудочной железы, нельзя исключить наличии микролитов в почках.

10.01.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,7см3; лев. д. V = 8,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 ст. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: стеатель, амарил, диаформин, нолипрел, тиогамма, тивортин, мильгамма, нуклео ЦМФ, Инсуман Базал .

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм 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: Инсуман Базал п/уж -10-12 ед.

диапирид (амарил, олтар ) 4 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: нолипрел форте 1р/д,
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек Аллерголога: пульмикорт 200 мкг 2 дозы 1р\д 4 мес и более. Плановая вакцинация.
8. Рек. нефролога: контроль ан. крови мочи в динамике 1-2р/год, адекватная противогипертензивная терапия.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.