#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 989

##### Ф.И.О: Кузьменко Николай Тимофеевич

Год рождения: 1945

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак, ул. Клары Цеткин, 51

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.08.14 по 28.08.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП III ст, в сочетании с инфекцией мочевыделительных путей. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Подагра, интермитирующие течение, активность II. Rо 1-II СФН I.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6-4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2014 переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-40 ед., диаформин 850 1т веч. Гликемия –15,3-6,0 ммоль/л. НвАIс -10,0 % от 06.08.14. Повышение АД в течение 5 лет. Подагра в течении 10 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.08.14 Общ. ан. крови Нв – 160 г/л эритр – 5,0 лейк – 4,9 СОЭ – 10 мм/час

э-4 % п-4% с67- % л- 20% м- 7%

21.08.14 Общ. ан. крови Нв – 149 г/л эритр – 4,6 лейк – 6,2 СОЭ – 34 мм/час

э-1 % п-1% с67- % л- 24% м- 7%

13.08.14 Биохимия: СКФ –51,5 мл./мин., хол –4,62 тригл – 2,84ХСЛПВП -1,29 ХСЛПНП – 2,03Катер -2,6 мочевина –9,7 креатинин – 149 бил общ –9,8 бил пр –2,4 тим –2,4 АСТ – 0,40 АЛТ –0,20 ммоль/л;

18.08.14 Биохимия: СКФ –60,5 мл./мин., мочевина –8,4 креатинин –127

19.08.14 С реактивный белок – 4++++

13.08.14 Анализ крови на RW- отр

15.08.14ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –55,2 (0-30) МЕ/мл

### 13.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – на все в п/зр белок – отр ацетон –отр;

22.08.14 Мочевая к-та – 256 мкмоль /л (200-420)

15.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -35500 эритр - белок – отр

26.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6500 эритр - белок – отр

14.08.14 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.08.14 Микроальбуминурия –242,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.08 | 10,2 |  | 4,0 |  |
| 14.08 |  | 13,0 | 12,3 | 11,5 |
| 17.08 | 12,1 | 14,5 | 10,6 | 9,4 |
| 19.08 | 13,2 | 17,3 | 12,9 | 12,5 |
| 20.08 | 10,8 | 14,5 | 8,6 | 9,2 |
| 21.08 | 9,7 |  |  |  |
| 23.08 | 10,3 | 9,8 | 9,3 | 10,3 |
| 27.08 | 7,8 | 11,2 | 11,1 | 10,2 |
| 28.08 |  | 10.1 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD=0,6 OS= 0,5 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

12.08ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось резко отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

20.08Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.08Нефролог: осмотр.

13.08РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

13.08Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева – 1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

27.08.14 Ревматолог: Подагра, интермитирующие течение, активность II. Rо 1-II СФН I.

15.08.14 На Р-гр коленных с-вов признаки субхондрального склероза, уплощение суставных поверхностей. Заострение межмыщелковых возвышенностей. Характерно для ДОА II ст.

15.08УЗИ ОБП: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров и размеров селезенки, без признаков портальной гипертензии, перегиба желчного пузыря в области шейки, конкремента в желчном пузыре, жидкостного образования в левой очке неясной природы: дифференцировать расширенную чашечку? ТВС? Кисту? нельзя исключить наличие, микролитов в почках.

12.08УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V = 6,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: медитан, диаформин, индапрес, омепразол, амлодипин, норфлоксацин, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, диалипон, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии, увеличена доза Хумодар Р100РЮ, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, уролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 24-26ед., п/уж -8-10 ед., Хумодар Б100Р п/з 26-28 п/у 16-18 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Амлодипин 2,5-6 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
3. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
4. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
5. Рек. нефролога: УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря с определением остаточного объема, конс уролога.
6. Рек. ревматолога: диета № 6, олфен 2,0 в/м 2р\д -1 день, затем 2,0 в/м 1р\д 4 дня, хомвиоремван 15кап 2р\д 10 дней, контр ОАК, ОАМ, мочевой к-ты, СРБ в динамике.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.