#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1545

##### Ф.И.О: Стрюков Валерий Петрович

Год рождения: 1949

Место жительства: г. Мелитополь ул. Островского 15

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 08.12.14 по 18.12.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, преимущественно в ВБС. С-м ветибулопатии. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз. КАГ (2011) ЧКВ ЛМЖА с имплантацией DES (21.11.11) СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. АДAS. Серная пробка. Дерматофития стоп.

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 2009 переведен на инсулинотерапию Хумодар Б100Р. Временно принимал канаглифлозин (2 мес), в связи с индивидуальной непереносимостью отменен. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-25 ед., п/у-20 ед., диаформин 500 2р/д. Гликемия –9,0-11,0 ммоль/л. НвАIс – 7,5 % от 08.2014. Последнее стац. лечение в 2013г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.12.14 Общ. ан. крови Нв – 160 г/л эритр –4,8 лейк –5,7 СОЭ –4 мм/час

э- 1% п- 1% с- 62% л- 33% м- 3%

09.12.14 Биохимия: СКФ – 94,3мл./мин., хол – 5,6тригл – 2,34ХСЛПВП -0,9 ХСЛПНП -3,6 Катер -5,2 мочевина –6,7 креатинин –105,6 бил общ –14,2 бил пр – 3,9 тим – 2,6 АСТ – 0,33 АЛТ –0,36 ммоль/л;

09.12.14 Анализ крови на RW- отр

12.1.214ТТГ –1,9 (0,3-4,0) Мме/л

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

09.12.14 кал на я/г – отр.

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

10.12.14 Суточная глюкозурия – отр Суточная протеинурия – отр

##### 12.12.14 Микроальбуминурия –39,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.12 | 7,7 |  | 9,9 | 7,6 |
| 10.12 |  | 14,1 |  |  |
| 11.12 | 7,3 | 9,5 | 5,3 | 6,9 |
| 15.12 | 4,0 | 8,9 | 7,4 | 9,6 |
| 17.12 | 4,8 | 4,5 | 6,7 |  |

15.12.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, преимущественно в ВБС. С-м ветибулопатии.

08.12.14Окулист: VIS OD=0,5 OS= 0,3;

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.

08.12.14ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

10.12.14Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. КАГ (2011) ЧКВ ЛМЖА с имплантацией DES (21.11.11) СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

10.12.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.12.14 ЛОР: ADAS серные пробки.

12.12.14 Дерматолог: Дерматофития стоп.

17.12.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2 ст, с тенденцией к увеличению её размеров и размеров селезенки, без признаков портальной гипертензии, желчный пузырь удален, создается впечатление удвоение синуса левой почки.

08.12.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1см3; лев. д. V = 5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: медитан, аспирин кардио, берлитион, индапрес, диаформин, торсид, аторис, трайкор, тритико, Хумодар Б100Р, Эспа-липон, витаксон, актовегин Хумодар К 25 100Р, Генсулин Н

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. В связи с индивидуальной непереносимостью и по настоянию больного, согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з, комиссионно, больной переведен на Генсулин Н.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-24-26 ед., п/уж – 14-16ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

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. Гиполипидемическая терапия (трайкор 1т веч, аторис 1т веч, аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: аспирин кардио 1т веч, индапрес 2,5 коронал 10 мг/сут. Контроль АД, ЭКГ.
4. Берлиприл 10 мг 2р/д, торсид 2,5 мг утром. Контр. АД.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес. медитан 300 2р\д 2 нед.
6. Рек. невропатолога: лира 1000 мг в/м № 10реп. вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,
7. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д,
8. Рек дерматолога: «Д» наблюдение по м/ж

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.