#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1400

##### Ф.И.О: Антошкин Иван Алексеевич

Год рождения: 1957

Место жительства: г. Запорожье, ул Авалиани 59-146

Место работы: Отдельное структурное подразделение «Зап. дирекция железнодорожных перевозок», начальник пассажирского сектора, инв Ш гр.

Находился на лечении с 11.11.14 по 24.11.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. СПО – резекция левой почки (2012) по поводу Са левой почки. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 0-1. ХБП II ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2002 -инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-3 ед., п/о-3ед., п/у-3 ед., Лантус 22.00 – 8 ед. Гликемия –5,0-8,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 6 лет.18.09.12 – резекция левой почки. ПГЗ № 17946-49 от 24.09.12 светлоклеточный Са почки с инфильтрацией фиброзной капсулы. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.11.14 Общ. ан. крови Нв –152 г/л эритр – 4,8 лейк –10,1 СОЭ – 13мм/час

э- 4% п- 2% с- 74% л- 20 % м- 1%

12.11.14 Биохимия: СКФ –59,4 мл./мин., хол –4,88 тригл – 1,87ХСЛПВП -2,0 ХСЛПНП -2,03 Катер -1,4 мочевина –7,7 креатинин – 123,6 бил общ –10,0 бил пр –2,5 тим –2,6 АСТ –0,54 АЛТ – 0,51 ммоль/л;

14.11.14 Глик. гемоглобин – 8,6 %

14.11.14; К – 4,95 ; Nа – 138 Са – 2,52 ммоль/л

### 12.11.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,031 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

13.11.14 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.11.14 Микроальбуминурия –52,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.11 | 7,1 | 8,5 | 4,6 | 10,8 |
| 14.11 | 5,8 | 6,9 | 3,8 |  |
| 19.11 | 6,9 | 6,4 | 5,9 | 9,2 |

14.11.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

12.11.14Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= OS=

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.11.14ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ.

12.11.14Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 0-1.

12.11.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.11.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

11.11.14 Протокол КТ-исследования органов грудной полости ,брюшной полости и таза: КТ-признаки состояния после резекции верхнего полюса левой почки. Гипертрофия столбов Бертини в левой почке Диффузные изменения печени. ДГПЖ . Пневмофиброз в нижней доле правого легкого. Признаков вторичного поражения легких, органов не выявлено.

20.11.14 Эзофагогастродуоденоскопия: Недостаточность кардии. Рефлюкс эзофагит. Эритематозная гастродуденопатия.

12.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,6 см3; лев. д. V =6,2 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: эссенциале 5,0 в/в № 10, эналаприл 10 мг сут, Эпайдра, Лантус, тиогамма турбо в/в кап № 10, актовегин 10,0 в/в № 10, нейрорубин 3,0 в/м № 10, гептрал 400,0 на 200,0 физ р-ра/№ 10, нуклео ЦМФ 2,0 в/м № 6.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-3-6 ед., п/о- 3-6ед., п/уж -3-6 ед., Лантус 8.00 22-26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: тиотриазолин 200мг \*3р/д., милдронат 500 2р\д 1 мес, асафен 80 мг 1р\сут. Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
9. Рек. невропатолога, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д, офтан катахром 2к. \*3р/д,
11. 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.
12. Б/л серия. АГВ № 2346 с 11.11.14 по 24.11.14. К труду 25.11.14г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.