#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 832

##### Ф.И.О: Бабак Анатолий Евдокимович

Год рождения: 1949

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка ул. Чкалова 30

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 06.07.15 по 20.07.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма ДЭП II – Ш, сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического инсульта в системе каротид справа (2014). Левосторонний гемипарез, вестибулопатический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь Ш ст, Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

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 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (Диабетон MR, сиофор). В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг 2т утром, сиофор 1000 2р\д. Гликемия –16,0-19,0 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.07.15 Общ. ан. крови Нв – 179 г/л эритр –5,5 лейк –8,3 СОЭ –4 мм/час

э- 1% п- 2% с- 69% л- 21% м- 7%

10.07.15 Нв – 162 г/л

07.07.15 Биохимия: СКФ –78,4 мл./мин., хол –4,3 тригл -1,52 ХСЛПВП – 1,09ХСЛПНП -2,51 Катер -2,9 мочевина 4,1– креатинин –101 бил общ –12,2 бил пр –3,0 тим –1,4 АСТ – 0,48 АЛТ – 0,22 ммоль/л;

08.07.15 Анализ крови на RW- отр

10.07.15 ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –9,4 (0-30) МЕ/мл

07.07.15 Коагулограмма: ПТИ – 94 %; фибр – 2,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

### 07.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – на все в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

09.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 54000 эритр - 250 белок – отр

16.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 7000 эритр - белок – отр

08.07.15 Суточная глюкозурия – 1, %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.07.15 Микроальбуминурия – 28,8мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.07 |  |  | 12,6 | 15,5 |
| 07.07 | 14,3 | 13,2 | 11,9 | 11,7 |
| 09.07 |  | 19,0 | 9,8 |  |
| 10.07 | 12,8 | 17,0 | 12,2 | 15,2 |
| 13.07 | 12,3 | 12,6 | 13,1 | 9,9 |
| 14.07 | 11,9 |  |  |  |
| 15.07 | 8,0 | 13,2 | 8,1 | 7,6 |
| 18.07 | 11,4 | 8,9 | 7,7 | 6,5 |
| 20.07 | 6,4 |  |  |  |

06.7.15Невропатолог: ДЭП II – Ш сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического инсульта в системе каротид справа ( 2014). Левосторонний гемипарез, вестибулопатический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

13.07.15 Окулист: Осмотр в палате

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

06.07.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

20.07.15 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь Ш ст, Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

15.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

07.07.15Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева – 1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

14.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии; застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника. Дивертикула в мочевом пузыре.

06.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,4 см3; лев. д. V =3,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: магникор, индапрес, диаформин, сермион, Инсуман Базал, Инсуман Комб, левофлоксацин, вестибо.

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: Инсуман Комб п/з- 34-36ед., п/уж 10-12 ед

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. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
3. Индапрес 2,5 мг утром, магникор 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Рек. невропатолога:, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, сермион 30 мг утр. 1 мес.
5. Рек. окулиста: оптикс 1т 1р\д
6. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.