#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1370

##### Ф.И.О: Иваненко Виктор Дмитриевич

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Запорожье ул. Олимпийская 18а - 21

Место работы: пенсионер,

Находился на лечении с 09.11.15 по 17.11.15 в энд. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый средней тяжести, впервые выявленный. Кетоацидотическое состояние 1. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма Диаб. ангиопатия артерий н/к. Окклюзия ЗББА с обеих сторон. ХБП 1ст Диабетическая нефропатия Шст в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей ДГПЖ 1. Хр задержка мочи. Простатическая болезнь. Метаболическая кардиомиопатия С-м укороченного PQ. СН1.

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 140/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: Повышение гликемии впервые выявлено в 2010г. с тех пор к эндокринологу не обращался на «Д» учете не стоял ССТ не принимал. Комы отрицает. Резкое ухудшение состояния в течении одного месяца когда появились вышеперечисленные жалобы. Обратился в поликлинику ОКЭД..Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора ССТ. Гликемия амб 13,0-20,0 ммоль/л. (по глюкометру).

Данные лабораторных исследований.

10.11.15 Общ. ан. крови Нв –123 г/л эритр – 3,9 лейк – 12,3 СОЭ –37 мм/час

э- 0% п- 4% с- 73% л- 20% м-3 %

10.11.15 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –3,49 тригл -1,82 ХСЛПВП – 0,94ХСЛПНП -1,72 Катер -2,7 мочевина –7,2 креатинин –344,4 бил общ – 12,2 бил пр –3,0 тим –4,4 АСТ –0,84 АЛТ –0,51 ммоль/л;

13.11.15 Мочевина – 4,7 креатинин - 122

10.11.15 Амилаза – 10,5 (0-90) ед\л

13.11.15 ПСА общ – 1,42 ПСА св – 0,06

10.11.15 Гемогл –123 ; гематокр – 0,4 ; общ. белок – 69 г/л; К – 5,3 ; Nа – 140 ммоль/л

12.11.15 К – 3,36 ммоль/л

14.11.15К – 3,7 ; Nа – 135 ммоль/л

15.11.15К – 4,07 ; Nа – 130 ммоль/л

13.11.15 Гемогл – 12,6 гематок – 0,39

10.11.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр – 4,4г/л; фибр Б – отр; АКТ –88 %; св. гепарин – 8\*10-4

14.11.15 Проба Реберга: Д- 2,9л, d- мл/мин., S-2,0 кв.м, креатинин крови-102 мкмоль/л; креатинин мочи- 5040 мкмоль/л; КФ-93 мл/мин; КР- 97,8 %

### 10.11.15 Общ. ан. мочи уд вес 1029 лейк – на всё в п/зр белок – отр ацетон –3++; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

С 13.11.15 ацетон - отр

13.11.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 48500 эритр -28500 белок – 0,059

17.11.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 25000 эритр -2500 белок – 0,033

12.11.15 бак посе мочи – микроорганизмы Candida albicans, чуствителен к Nystatin.

14.11.15 Суточная глюкозурия – 0,29%; Суточная протеинурия – 0,094

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.11 |  | 17,8 |  | 22,2 | 21,6 |
| 12.11 | 16,2 | 11,1 | 12,0 | 8,4 | 7,8 |
| 14.11 1.00-6,1 | 8,7 | 11,5 | 11,5 | 9,2 |  |
| 16.11 | 4,3 | 4,5 | 6,7 |  |  |

09.11.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма

11.11.15Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. По ходу сосудов ретинальные микроаневризмы, микроаневризмы. Экссудаты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

09.11.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда. С-м укороченного PQ.

10.11.5Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия с-м укороченного PQ. СН1.

10.11.15 На р- гр ОГК легкие без инфильтрации, корни структурны. Синусы Свободны. Органы средостения срединное положение.

09.11.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Окклюзия ЗББА с обеих сторон.

16.10.15 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к ХИ II ст.

11.11.15 Уролог: ДГПЖ Хр задержка мочи. Простатическая болезнь.

11.11.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров о типу жировой дистрофии 1 ст без признаков портальной гипертензии, функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме простаты с наличие очага парауретральной зоне по типу ДГПЖ 2 ст.

Лечение: атоксил, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, энтеросгель, альмагель, ККБ, рантак, левофлокс, цефтриаксон, фуросемид, тималин, эссенциале, аспирин кардио, прозерин, диалипон, актовегин, нуклео ЦМФ, витаксон, линекс, гепарин, магнезия простамол, но-шпа, монурал, фокусин, тризипин, аспаркам, серрата, тиоктацид, никотиновая к-та, мелбек, фенигидин, папаверин, трисоль, ксилат, реосорбилакт, сода-буфер.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован на фоне двух кратного введения инсулина Хумодар Б100Р. Принял курс антибактериальной терапии по поводу инфекцией мочевыводящих путей. От дальнейшего пребывания в ОКЭД отказывается, настаивает на выписке из отделения, о возможных последствиях последствий для здоровья предупрежден, о чем имеется подпись в истории болезни. Уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-20-22 ед., п/уж -18-20 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, тризипин 500 2р/д. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
11. Рек аниохирурга: серрата 1т 3р\д 1 мес, асфен 1к 1р\д.
12. Конс уролога, нефролога по м\ж.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.