#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 149

##### Ф.И.О: Арсентьев Николай Федорович

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Энтузиастов 27, корп 3-46

Место работы: ЧАО ЗЖРК ЖЭУ, плотник

Находился на лечении с 03.02.15 по 26.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулодистрофия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия II. цереброастенический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН1. САГ 1 ст. Хронический вирусный гепатит С.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2005 в связи с декомпенсацией, переведен на инсулинотерапию Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2012 переведен Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 22ед., п/о-10 ед., п/у- 8ед., Фармасулин НNР 22.00 – 22 ед. Гликемия –2,0-4,0 ммоль/л. НвАIс – 9,9 % от 2014. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.02.15 Общ. ан. крови Нв –172 г/л эритр – 5,2 лейк –5,9 СОЭ – 5 мм/час

э- 0% п-2 % с- 52% л- 38 % м- 8%

04.02.15 Биохимия: СКФ –83,83 мл./мин., хол –5,4 тригл -1,63 ХСЛПВП -1,04 ХСЛПНП -3,6 Катер -4,2 мочевина –5,3 креатинин –106,8 бил общ – 11,0 бил пр – 2,4 тим – 1,63 АСТ – 0,30 АЛТ –0,46 ммоль/л;

04.02.15 Анализ крови на RW- отр

### 04.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

05.02.15 Суточная глюкозурия – 0,63 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.02.15 Микроальбуминурия – 84,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.02 | 8,9 | 5,7 | 2,7 | 9,0 |  |
| 06.02 | 4,5 | 11,0 | 3,9 | 6,9 |  |
| 08.02 | 11,8 | 11,7 | 3,6 | 8,5 |  |
| 10.02 | 10,8 | 12,8 | 5,3 | 13,4 | 9,5 |
| 12.02 | 8,8 | 11,7 | 6,4 | 12,5 |  |
| 14.02 | 8,9 | 13,1 | 14,0 | 9,0 |  |
| 15.02 4.00-3,4 |  | 8,8 | 7,6 |  |  |
| 18.02 | 8,9 | 123 | 2,4 | 8,2 |  |
| 21.02 2.00-2,1 | 14,9 | 11,5 | 13,6 | 15,3 |  |
| 23.02 | 11,7 | 13,0 | 13,8 | 13,9 | 11,7 |
| 24.02 2.00-9,6 | 7,8 | 5,8 | 9,8 | 14,1 |  |
| 25.02. | 8,3 | 10,0 | 4,6 | 5,9 | 12,2 |
| 26.02 | 6,0 |  |  |  |  |

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

03.01.15 Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,7

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

03.02.15ЭКГ: ЧСС - 55уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Брадикардия.

06.02.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН1. САГ 1 ст.

04.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.02.15 Гепатолог: Хронический вирусный гепатит С.

06.02.15РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

06.02.15Допплерография: ЛПИ справа 1,2, ЛПИ слева – 1,2. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

03.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9 см3; лев. д. V = 7,1см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, эспа-липон, эналаприл, розувастатин, сиофор.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. 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 Актрапид НМ, Протафан НМ. 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.

Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 13-15ед., п/о- 0-2ед ., п/уж -6-8 ед., Протафан НМ 22.00 12-14 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии, склонностью к гипогликемическим состояния повторная госпитализация в эндокриндиспансер для решения вопроса о дальнейшей схеме инсулинотерапии

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: арифон-ретард 1т утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. Рек. невропатолога: армадин 2,0 в\м 1р/день № 10, затем 1т/сутки 1 мес., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д.
8. Б/л серия. АГВ № 234751 с 03.02.15 по 26.02.15. К труду 27.02.15.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.