#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 43

##### Ф.И.О: Долгоногий Александр Анатольевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Ореховский р-н, ул. Гражданская 12

Место работы: н/р

Находился на лечении с 14.01.15 по 27.01.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. ДДПП ПОП (остеохондроз, вторичная люмбалгия, стадия нестойкой ремиссии. П/инъекционный инфильтрат передней брюшной стенки. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. СН1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 2006 в связи с декомпенсацией переведен на инсулинотерапию Хумодар К 25 100Р. С 2012 переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-16 ед., п/у- 14ед., Фармасулин НNР п/з -30 ед, п/у – 26 ед. Гликемия –9,0-15,0 ммоль/л. НвАIс - 9,0% от 06.2014. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.01.15 Общ. ан. крови Нв – 153г/л эритр – 4,8 лейк –5,3 СОЭ – 28 мм/час

э- 2% п- 0% с-74% л- 22% м-2 %

15.01.15 Биохимия: СКФ –126 мл./мин., хол –5,92 тригл -2,59 ХСЛПВП -1,14 ХСЛПНП -3,6 Катер -4,2 мочевина –4,5 креатинин –68 бил общ –18,9 бил пр –3,6 тим – 1,1 АСТ – 0,50 АЛТ –0,56 ммоль/л;

19.01.15 АСТ – 0,35 АЛТ – 0,26 ммоль/л;

### 15.01.15 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 1-3 в п/зр белок – 0,06 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

16.01.15 кал на я/г – отр.

19.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

16.01.15 Суточная глюкозурия –3,0 %; Суточная протеинурия – 0,138

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.01 | 10,7 | 11,0 | 9,3 | 12,0 |  |
| 18.01 2.00-8,2 | 9,9 | 11,8 | 9,7 | 11,7 |  |
| 19.01 |  | 12,0 | 6,7 | 5,7 | 5,9 |
| 20.01 | 8,3 |  |  |  |  |
| 21.01 | 8,2 | 10,9 | 8,3 | 11,6 | 9,8 |
| 23.01 | 8,2 | 9,2 | 8,3 | 7,7 |  |
| 25.01 | 7,0 | 9,9 12.30-3,4 | 10,6 | 12,7 |  |
| 26.01 |  | 9,4 13.00- |  |  |  |

17.01.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. ДДПП ПОП (остеохондроз, вторичная люмбалгия, стадия нестойкой ремиссии.

14.01.15Окулист: VIS OD=0,5 OS=0,5

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

05.01.15ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

17.01.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

16.01.15 Хирург: П/инъекционный инфильтрат передней брюшной стенки.

17.01.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.01.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

19.01.15 На р-гр ПОП признаки субхондального склероза, снижение высоты, межпозвонковых дисков на уровне L4-5 – S1

17.01.15Допплерография: ЛПИ справа – 1,15, ЛПИ слева –1,15 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

16.01.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа 30-33 %. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.01.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; наличие кист в левой почке, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

14.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V =6,5 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: эналаприл, бисопролол, индап, розувастатин, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, диалипон, витаксон, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. С больным проведена беседа о дозирования физ. нагрузок, соблюдении режима диетотерапии. 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: Фармасулин Н п/з- 28-30ед., п/уж –26-28ед.,

Фармасулин НNР п/з 30-32ед., п/уж – 30-32ед.,

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 (розувастаин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 г утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. КАГ, суточный мониторинг ЭКГ.
4. Индап 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вече, бисопролол 5мг утром. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: УЗД маг лира 1000 мг в/м №10
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.