#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 898

##### Ф.И.О: Куйда Иван Павлович

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Бердянск ул. Грибоедова 4

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 27.07.16 по 09.08.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия OS. Начальная катаракта ОД. Частичный птоз верхнего века. Альтернирующее расходящееся косоглазие. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к, тромбофлебит вен левой голени.. ХБП III ст.: диаб. нефропатия IV. ИБС, стенокардия напряжения, II ф. кл. диффузный кардиосклероз. Блокада ПНПГ. Митральная регургитация до 2 ст. СН 1. САГ Ш ст. Анемия на фоне хронического заболевания.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., частые головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 1998 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 12ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Протафан НМ, 22.00 – 12 ед.

Гликемия –2,7-9,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает диокор 160 мг утром. В анамнезе: 2008 – ишемический инсульт, 2015- ампутация конечной фаланги 1п левой стопы. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.07.16 Общ. ан. крови Нв – 96 г/л эритр –3,0 лейк –3,5 СОЭ –23 мм/час

э- 2% п- 0% с- 62% л29- % м- 7%

04.08.16 Общ. ан. крови Нв – 103 г/л эритр –3,1 лейк –4,3 СОЭ – 15 мм/час

э- 1% п- 0% с- 65% л30- % м- 4%

08.08.16 Общ. ан. крови Нв –108 г/л эритр – 3,3 лейк – 3,2 СОЭ – 4 мм/час

э- 2% п-0 % с- 68% л- 28% м- 2%

28.07.16 Биохимия: СКФ –18,0 мл./мин., хол 5,2 тригл -1,57 ХСЛПВП -0,94 ХСЛПНП – 3,54Катер -4,5 мочевина –19,5 креатинин –311,0 бил общ – 12,5 бил пр – 3,5 тим – 1,6 АСТ – 0,15 АЛТ –0,12 ммоль/л;

08.08.16 мочевина –13,9 креатинин – 309 СКФ –27,3

28.07.16 Глик. гемоглобин – 7,0%

28.07.16 Железо -12,8 ( 12,5-32,2)

02.08.16 К – 5,5 ; Nа – 140 ммоль/л

03.08.16 Проба Реберга: Д-1,6 л, d- 1,11мл/мин., S-2,07 кв.м, креатинин крови- 315,7мкмоль/л; креатинин мочи-6765 мкмоль/л; КФ- 19,88мл/мин; КР- 94,41 %

### 28.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-1 в п/зр белок – 0,222 ацетон –отр; эпит. пл. - ед в п/зр

01.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,274

29.07.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,788

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.07 | 9,8 | 5,3 | 8,0 | 9,0 |
| 01.08 | 8,5 | 9,3 | 4,1 | 3,9 |
| 03.08 2.00-6,4 | 4,1 | 7,2 | 5,2 | 6,3 |
| 04.08 | 7,4 |  |  |  |

27.08.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Последствия перенесенного ишемического инсульта в левой гемисфере ( 2002) вестибуло-атактический с-м.

02.08.16 Окулист: VIS OD= 0,5-1,0=0,6 OS=0,2-0,5=0,3 ; ВГД OD= 23 OS=19

Помутнения в хрусталиках ОИ. OS- Артифакия, зрачок неправильной формы. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы не четкие. сосуды узкие, извиты, вены полнокровны, Салюс I. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия OS. Начальная катаракта ОД. Частичный птоз верхнего века. Альтернирующее расходящееся косоглазие.

27.07.16ЭКГ: ЧСС - 64уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия ЛЖ. Нарушение кровообращение миокарда.

29.07.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф. кл. диффузный кардиосклероз. Блокада ПНПГ. Митральная регургитация до 2 ст. СН 1. САГ Ш ст.

29.07.16 Гематолог: Анемия на фоне хронического заболевания.

27.07.16ЭХО КС: КДР-5,3 см; КДО- 143мл; КСР- 3,7см; КСО-59 мл; УО-84 мл; МОК-4,95 л/мин.; ФВ- 59%; МЖП –1,4 см; ЗСЛЖ 1,4– см По ЭХО КС: Уплотнение и расширение аорты. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Митральная регургитация 1 ст. соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов кров в области сердца не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

05.08.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к, тромбофлебит вен левой голени.

01.08.16Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия.

01.08.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхимы простаты без увеличения объема осточной мочи.

28.07.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,4 см3; лев. д. V =5,9 см3

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

Лечение: диакор, валериана, предуктал MR, кардиомагнил, тардиферон, Актрапид НМ, Протафан НМ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-12-10 ед., п/о- 8-10ед., п/уж – 6-8ед., Протафан НМ 22.00 28-30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., лоспирин 75 мг веч леркамидипин 10-20, при недостаточном снижении АД + физиотес 0,2-0,4 мг. Контроль АД, ЭКГ.
8. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии, калий крови в динамике , диета с ограниением белка, соли, продуктов богатых калием, Адекватная гипотензивная терапия ( использование ингибиторов АПФ, АРА II противопоказано).Нормазе 30 мл 1-2р/сут 2-3 р/нед, тардиферон 1т\сут, при снижение СКФ меньше 15 мл\мин направить на диализную комиссию.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап мильгамма 2,0 в/м № 10, мексиприм 4,0 в/в на 16,0 физ р-ра № 10.
10. Рек гематолога: тардиферон 1т 1р\сут 3 мес.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.