#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 5001

##### Ф.И.О: Романенко Александр Леонидович

Год рождения: 1974

Место жительства: Акимовский р-н, с. Шелюги ул. Гагарина 7

Место работы: н/р

Находился на лечении с 15.04.16 по 27.04.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ИБС, стенокардия напряжения 1. ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хронический простатит в стадии нестойкой ремиссии, дизурический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Вертеброгенная люмбалгия мышечно-тонический, умеренно болевой с-м.

Жалобы при поступлении на 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 150/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния после 6 вечера 1-2 р/мес, боли по ходу позвоночника.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2009 учитывая панкреонекроз назначена инсулинотерапия. Ранее принимал Фармасулин Н, Фармасулин НNР. С 2015 переведен на Новомикс . В наст. время принимает: Новомикс п/з-64 ед., п/у- 50ед. Гликемия –10-12,0 ммоль/л. НвАIс – 14,0 % от 19.01.16 . Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 7 лет. Повышение АД в течение 5-6 лет. Принимает тенорик нерегулярно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.04.16 Общ. ан. крови Нв –171,8 г/л эритр – 5,3 лейк – 9,7 СОЭ –4 мм/час

э- 2% п- 0% с- 58% л- 33 % м-7 %

26.04.16 Общ. ан. крови Нв –154,3 г/л эритр – 4,8 лейк – 4,4 СОЭ –7 мм/час

э- 3% п- 0% с- 64% л- 30 % м-3 %

14.04.16 Биохимия: СКФ –81,7 мл./мин., хол –7,8 тригл -3,6 ХСЛПВП -0,7 ХСЛПНП -5,45 Катер -10,1 мочевина –11,0 креатинин – 146,0 бил общ – 12,4 бил пр –3,1 тим –3,5 АСТ – 0,35 АЛТ – 0,39 ммоль/л;

### 14.04.16 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

19.04.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

18.04.16 Суточная глюкозурия – 0,84%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.04.16 Микроальбуминурия – 180,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.04 | 15,1 | 17,0 | 10,9 | 11,8 |
| 16.04 | 11,4 | 10,8 | 7,7 | 6,6 |
| 19.04 | 8,0 | 6,2 | 9,4 | 6,7 |
| 24.04 | 8,6 | 7,5 | 10,5 | 9,4 |
| 25.04 |  |  | 9,3 | 5,4 |

13.04.16 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вертеброгенная люмбалгия мышечно-тонический, умеренно болевой с-м.

13.04.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

13.04.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, редкие суправентрикулярные экстрасистолы. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

15.04.16Кардиолог:ИБС, стенокардия напряжения 1 .ф .кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

20.4.16ЭХО КС: КДР- 4,7см; КДО- 58мл; КСР-3,4 см; КСО-58 мл; УО-71 мл; ФВ-50 %; просвет корня аорты -2,9 см; ПЛП – 4,6 см; МЖП – 1,2 см; ЗСЛЖ –1,2 см; ППЖ-7,0 см; По ЭХО КС: Размеры полости сердца в пределах нормы. Умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ. Сократительная функция ЛЖ снижена, гипокинезия ЗСЛЖ на всем протяжении и верхушечного сегмента боковой стенки ЛЖ. Диастолическая дисфункция -1 тип. Краевой склероз створок АоКЛ. Недостаточность МКЛ до 1 ст.

14.04.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

14.04.16РВГ: Нарушение кровообращения справ – II ст слева III ст., тонус сосудов N.

27.04.16 Уролог: Хронический простатит в стадии нестойкой ремиссии, дизурический с-м.

27.04.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника.

18.04.16Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Лечение: эналаприл, диалипон турбо, витаксон, мидокалм, Новомикс.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Высокий глик. гемоглобин обусловленный введением в амб. условиях Фармасулин Н, Фармасулин НNР на время отсутствия Новомикса.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новомикс п/з- 66-68ед., п/уж -54-56 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 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: нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 3 мес., аспирин крадио 100 мг 1р\д. крестор 10 мг 1р\сут. 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: ксефокам 8 мг 2р\д 7 дней.
11. Рек уролога: омник 1к/сут 1 мес. правенор форте 2к 1р\д № 30.
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.