#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1148

##### Ф.И.О: Родин Александр Васильевич

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Днепрорудный, ул, Энтузиастов 6-33

Место работы: ЧАО ЗЖРК, электрослесарь

Находился на лечении с 26.09.16 по 07.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. единственной левой почки. Диабетическая нефропатия III ст. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. Рана ногтевой фаланги 1п. левой стопы.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 7-8 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., зябкость стоп, запоры, общую слабость, быструю утомляемость, никтурия до 2-4раз за ночь, наличие раны 1п правой стопы (после самостоятельного обрезания ногтя).

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, диаформин). С 12.2015 в связи со стойкой декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Рп/з- 36ед., п/у-14 ед. Гликемия –5-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 20 лет. Гипотензивная терапия нерегулярно. В 2008 удаление пр. почки связи с заболеванием, химиотерапия. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.09.16 Общ. ан. крови Нв –178 г/л эритр –5,5 лейк –7,8 СОЭ –6 мм/час

э- 0% п- 0% с- 66% л-31 % м- 3%

04.10.16 Общ. ан. крови Нв –156 г/л эритр –4,4 лейк –3,3 СОЭ –5 мм/час

э- 0% п- 0% с- 64% л-34 % м- 2%

27.09.16 Биохимия: СКФ –97,5 мл./мин., хол –4,8 тригл -1,61 ХСЛПВП -0,94 ХСЛПНП -3,12Катер -4,1 мочевина –7,1 креатинин –89,3 бил общ –21,1 бил пр –4,3 тим –2,9 АСТ – 0,31 АЛТ –0,73 ммоль/л;

27.09.16 Глик. гемоглобин -9,0 %

28.09.16 Анализ крови на RW- отр

### 27.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,035 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. ед в п/зр

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

29.09.16 Суточная глюкозурия – 1,4%; Суточная протеинурия – 0,058

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.09 | 10,8 | 13,0 | 9,2 | 6,5 | 5,7 |
| 30.09 | 7,8 | 9,3 | 7,6 | 5,1 |  |
| 04.09 | 7,5 | 8,4 | 3,6 | 5,3 | 4,1 |
| 06.10 | 5,9 | 9,2 | 4,8 | 5,9 | 3,7 |

26.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м.

26.09.16Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 1,0 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

26.09.16ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый,. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

30.09.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

30.09.16ЭХО КС: КДР-5,4 см; КСР- 3,4см; ; ФВ- 65%; просвет корня аорты – 3,2см; ПЛП – 3,8 см; МЖП – 1,24 см; ЗСЛЖ –1,28 см; ППЖ- 2,8см; ; По ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 1 тс на МК и ТК, склеротических створок МК, АК. Взаимоотношение камер сердца не нарушено. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

27.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.09.16 Хирург: диабетическая полинейропатия, диабетическая ангиопатия н/к. Рана ногтевой фаланги 1п. левой стопы.

27.09.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

27.09.46УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,6 см3; лев. д. V = 7,2 см3

Перешеек –0,51 см.

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, мефармил, нуклео ЦМФ, глиятон, эналаприл, лоспирин перевязки с бетодином, тиоктацид, предуктал MR.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-140/90 мм рт. ст. Рана ногтевой фаланги зажила.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-32-34 ед., , п/уж -10-12 ед.

ССТ: мефармил (диаформин, сиофор, глюкофаж) 850 – ½ т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 20 мг утром, индапрес1т утром, кардиомагнил (лоспирин) 1 т. вечер. Контр. АД.
6. тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. анализ крови на ТТГ, АТТПО с послед. конс эндокринолога.
8. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
9. Б/л серия. АГВ № 235442 с 26 .09.16 по 07.10.16. К труду 08.10.16.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.