#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 824

##### Ф.И.О: Петрашин Леонид Григорьевич

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье б. Винтера 48-17

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.07.16 по 26.07.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение, болевой с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта (2010, 2011) с обратимой неврологической симптоматикой, с-м церебральной атрофии, цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. В анамнезе малые мозговые ишемические инсульты (2010, 2011 в стволе головного мозга). Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 20ед., п/у- 20ед., Хумодар Р100Р п/о – 20 ед. Гликемия –11-14 ммоль/л. НвАIс – 9,7 % от 07.07.16 . Последнее стац. лечение в 2014г.( в энд отд. 4-й гор. больницы) где подобран Хумодар К 25Р (переведен на данный вид инсулина в связи с отсутствием Генсулина Р, Генсулин Н). Повышение АД в течение 3 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.07.16 Общ. ан. крови Нв –168 г/л эритр – 5,3 лейк – 4,2 СОЭ – 2мм/час

э-51 % п- 1% с- 55% л- 33 % м- 6%

12.07.16 Биохимия: СКФ –90,4 мл./мин., хол –6,5 тригл – 3,62ХСЛПВП -1,03 ХСЛПНП – 3,82Катер 5,3 мочевина –5,6 креатинин –120 бил общ – 13,1 бил пр –3,3 тим – 9,1 АСТ – 0,62 АЛТ – 1,13 ммоль/л;

14.07 мочевина 4,0 креатинин 123

12.07.16 Анализ крови на RW- отр

### 12.07.16 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 0-1 в п/зр

.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

13.07.16 Суточная глюкозурия – 3,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.07.16 Микроальбуминурия –12,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.07 |  |  | 8,6 | 10,2 | 14,4 |
| 12.07 | 11,7 | 14,8 | 8,0 | 7,4 |  |
| 14.07 | 9,9 | 9,6 | 14,5 | 12,5 |  |
| 15.07 | 12,2 | 12,0 | 8,8 | 11,0 |  |
| 17.07 | 7,7 | 9,8 | 9,2 | 11,8 |  |
| 20.07 |  |  |  | 10,0 |  |
| 22.07 |  |  |  | 12,1 |  |
| 25.07 |  |  |  | 9,2 |  |

11.0716Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение, болевой с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта (2010, 2011) с обратимой неврологической симптоматикой, с-м церебральной атрофии, цереброастенический с-м.

2014.Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 факосклероз ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). . Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.07.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ПМК ?

11.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

2014УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,5см3; лев. д. V = 3,5 см3

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

Лечение: актовегин, цераксон, эссенциале, Новорапид, Левемир, диаформин, нолипрел, кардиомагнил, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-8-10 ед., п/о- 8-10ед., п/уж – 6-8ед., Левемир п/у 22-24 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: престариум 5-10 мг веч., арифон ретард 1т утром, аспирин кардио 100 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: лирика 75 мг 2р/д 3 дня, затем 150 мг 2р\д 2 нед.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. 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 Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.