#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 867

##### Ф.И.О: Постригач Игорь Борисович

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье ул. Полякова, 13-106.

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 19.07.16 по 02.08.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Отдаленные последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в стволе правой гемисфере мозжечка (2001) с-м правосторонней гемиатоксии. ДДПП на поясничном уровне, с-м люмбалгии, мышечно-тонический умеренно-болевой с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/110 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Амарил 2мг утром, Левемир п/з 30-32 ед, Новорапид 2-4 ед, на максимальный прием пищи. Гликемия –6,9-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 7 лет. Повышение АД в течение 14 лет, принимает небивалол. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.07.16 Общ. ан. крови Нв – 161 г/л эритр – 4,8 лейк –5,1 СОЭ – 4 мм/час

э- 0% п- 2% с- 50% л- 44 % м- 4%

20.07.16 Биохимия: СКФ –115,5 мл./мин., хол –5,1 тригл -1,85 ХСЛПВП – 0,81ХСЛПНП -3,4 Катер -5,2 мочевина –5,3 креатинин –93 бил общ – 15,5 бил пр –3,8 тим – 2,34АСТ – 0,43АЛТ – 0,46 ммоль/л;

23.07.16 глик гемоглобин – 7,0 %

### 20.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

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

21.07.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,115

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.07 | 8,6 | 9,3 | 5,7 | 8,1 |
| 23.07 | 8,1 | 9,4 | 7,6 | 5,3 |

19.07.16 Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Отдаленные последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в стволе правой гемисфере мозжечка (2001) с-м правосторонней гемиатоксии. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДДПП на поясничном уровне, с-м люмбалгии, мышечно-тонический умеренно-болевой с-м.

19.07.16Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,6

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

ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 0.

22.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.07.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-3ст ; с увеличением её размеров и размеров селезенки, функционального раздражения кишечника, мелких конкрементов в почках, микролитов в почках без нарушения урокинетики, изменений диффузного типа в паренхиме простаты без увеличения объема остаточной мочи.

21.07.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,5 см3; лев. д. V = 5,4см3

По сравнению с УЗИ от 26.11.15 размеры железы прежние. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: небивалол, амарил, олфен депо, мидокалм, Левемир, Новорапид, тиогамма, актовегин, стеатель, мильгамма, нейроксон.

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: Левемир п/у 30-32 ед, Новорапид п/о- 4-6ед.,

диапирид (амарил, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 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: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: мидокалм 1,0 в/м до 10 олфен депо капс 100 мг\сут 7 дней.
8. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
9. 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 Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.