#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1381

##### Ф.И.О: Хоменко Иван Трофимович

Год рождения: 1947

Место жительства: Токмакский р-н, с. Кирово, ул. Центральная 79

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.11.16 по 21.11.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. ИБС, п/инфарктный (без даты) кардиосклероз СН I. Гипертоническая болезнь Ш стадии 2степени. Гипертензивное сердце. Риск 4 Ожирение II ст. (ИМТ 39,6 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 1 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в прекардиальной области, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г (выявлен при оперативном лечении флегмоны пр. стопы в хирургическом отд. Токмакской ЦРБ). Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 8ед., п/о-6 ед., Хумодар Б100Р п/у 6 ед. Гликемия –4,7-8,0 ммоль/л. НвАIс – 5,1 %. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД длительно. Из гипотензивных принимает эналазид 25 мг 1р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.11.16 Общ. ан. крови Нв – 173 г/л эритр – 5,2 лейк –8,1 СОЭ – 20 мм/час

э- 0% п-1 % с-68 % л- 27% м- 4%

10.11.16 Биохимия: хол –5,2 тригл -1,73 ХСЛПВП -1,01 ХСЛПНП – 3,4Катер -4,1 мочевина –5,7 креатинин – 85 бил общ –14,5 бил пр – 3,6 тим –3,7 АСТ – 0,23 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

11.11.16 СКФ – 100 кретаинин - 85

11.11.16 ; К – 3,7 ; Nа – 140,4 ммоль/л

10.11.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,189 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

14.11.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,368

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.11 |  | 6,0 | 4,9 | 5,3 |  |
| 10.11 | 5,6 |  |  |  | 5,0 |
| 11.11 | 6,4 | 6,1 | 5,0 | 6,5 |  |
| 13.11 | 4,3 | 7,0 | 6,8 | 4,7 |  |
| 15.11 | 5,9 | 9,9 | 5,5 | 6,0 |  |
| 17.11 | 6,1 | 7,3 | 6,0 | 7,7 |  |

16.11.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м.

Окулист: VIS OD=0,5 OS=1,0

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены полнокровны, расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.11.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Рубец перегородочной области. Гипертрофия левого желудочка.

10.11.16Кардиолог: ИБС, п/инфарктный (без даты) кардиосклероз СН I. Гипертоническая болезнь Ш стадии 3 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

ЭХО КС: КДР-6,2 см; КДО-190 мл; КСР- 4,9см; КСО-109 мл; УО-81 мл; МОК- 5,65л/мин.; ФВ- 43%; просвет корня аорты -27 см; ПЛП – 4,9 см; МЖП –1,1 см; ЗСЛЖ – 1,0см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты, АК и МК. Увеличение левых отделов сердца. Гипертрофия базального отдела МЖП. Гипокинезия и уплотнение ЗСЛЖ. Систолическая дисфункция ЛЖ. Уплотнение МК. Митральная регургитация 1 ст. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа.

10.11.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.11.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

11.11.16Хирург: острой хирургической патологии в данной момент нет. Состояние после ампутация Ш-IV п правой стопы в 2015 по поводу флегмоны.

09.11.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,7 см3; лев. д. V =7,1 см3

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

Лечение: эналаприл, индапрес, аспирин кардио предуктал MR, фенигидин, валериана, диалипон, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-10 ед., п/уж -4 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3мес.
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: аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек хирурга: наблюдение хирурга по м\ж,

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.