#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 446

##### Ф.И.О: Слонецкий Анатолий Сергеевич

Год рождения: 1959

Место жительства: Ореховский р-н, с. Новотроицкое ул. Ленина 45

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.03.17 по 04.04.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) хроническое течение. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Ожирение II ст. (ИМТ 39,6кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ДЭП астенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з-28 ед., диаформин 850 2р/д Гликемия –9-14 ммоль/л. НвАIс -8,7 % от 08.11.16. . Боли в н/к в течение 5лет. усиление болевого с-ма в течение 3 мес. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.03.17 Общ. ан. крови Нв –169 г/л эритр – 5,1 лейк – 10,4 СОЭ –11 мм/час

э- 3% п- 4% с-65 % л- 23% м-5 %

27.03.17 Общ. ан. крови Нв – 177 г/л эритр –5,3 лейк –6,5 СОЭ –11 мм/час

э-4 % п- 5% с- 59% л- 29 % м- 3%

24.03.17 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –5,4 тригл – 2,32ХСЛПВП -1,17 ХСЛПНП -3,17 Катер -3,6 мочевина –5,0 креатинин –78,1 бил общ –9,8 бил пр –2,4 тим –2,6 АСТ – 0,31 АЛТ –0,56 ммоль/л;

31.03.17 ТТГ –1,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 4,2 (0-30) МЕ/мл

### 24.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

04.04.17 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.03.17 Микроальбуминурия –66,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.03 | 8,2 | 8,3 | 7,8 | 9,4 |
| 28.03 | 10,3 | 8,9 | 12,9 | 7,3 |
| 29.03 | 8,9 | 11,0 | 8,0 | 13,2 |
| 31.03 | 9,8 | 10,3 | 10,5 | 7,3 |
| 02.04 | 7,5 | 6,7 | 10,5 | 8,3 |
| 03.04 | 5,9 | 6,7 | 7,0 | 8,4 |

23.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) хроническое течение. ДЭП астенический с-м.

27.03.17Окулист: фаакосклероз Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, извиты, склерозированы. Салюс I-II. множественные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

23.03.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. .

24.03.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

29.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст

23.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V = 6,5 см3

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

04.04.17 заседание ЛКК в составе и/о Зав. энд отд. Соловьюк Е.А. Нач. мед. Карпенко И.В Зав. диаб отд. Еременко Н.В.

Лечение: нолипрел форте, Инсуман Базал, диаформин, предуктал MR, эналаприл, аспирин кардио, тиотриазолин, диалипон, пирацетам, витаксон ,

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-32-34 ед., п/уж -4-6 ед., .
4. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\днолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
9. 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.
10. Направить на ВКК по м\ж для решения вопроса об утрате трудоспособности.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В