#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 545

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

Год рождения: 1966

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

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.04.17 по 25.04.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ДЭП II сочетанного генеза (дисметаболическая гипертоническая) отдаленные последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в стволе пр г/сферы мозжечка (2001) с-м правосторонней гемиатоксии. ДДПП на поясничном ровне, хр, рецидивирующее течение. Ст. ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость

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 2 мг утром, Левемир п/у 30-34 ед, Новопрпид п/з 6-8 ед, п/о 8-10 ед, Гликемия –3,8-12 ммоль/л. . Боли в н/к в течение 7 лет. Повышение АД в течение 12 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 12.04 | 163 | 4,8 | 5,4 | 2 | 1 | 1 | 67 | 26 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.04 | 131,4 | 2,6 | 0,71 | 1,03 | 1,2 | 1,5 | 6,7 | 79,2 | 11,8 | 2,9 | 1,5 | 0,66 | 0,46 |

21.04.17 Глик гемоглобин 5,2 %

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

12.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

13.04.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 13.04.17 Микроальбуминурия – 47,3мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.04 | 8,5 | 6,2 | 7,3 | 6,4 |
| 14.04 | 5,9 | 7,4 | 6,5 | 4,3 |
| 18.04 | 6,9 | 7,0 | 8,1 | 5,7 |
| 21.04 | 6,1 | 8,4 | 5,3 | 7,5 |
| 24.04 | 7,9 | 8,5 | 5,9 | 7,2 |

11.04.17 Невропатолог: ДЭП II сочетанного генеза (дисметаболическая гипертоническая) отдаленные последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в стволе пр г/сферы мозжечка ( 2001) с-м правосторонней гемиатоксии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. ДДП на поясничном ровне, хр, рецидивирующее течение. Ст. ремиссии.

12.04.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды узкие ,вены полнокровные, с-м Салюс 1. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.04.17 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.04.17 Кардиолог: Органической патологии со стороны сердца не выявлено. Рек. кардиолога:. Контроль АД, ЭКГ.

18.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.04.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

12.04.17 Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

18.04.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст.

12.04.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,5 см3; лев. д. V = 6,4см3

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

Лечение: амарил, Левемир, Новорапид, тиогамма, тивортин, мильгамма, пирацетам, стеатель, ваксикум

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм 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: Новорапид п/з-6-8 ед., п/о-8-10 ед., Левемир п/уж – 35-37ед.,
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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.1 мес.,
9. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. до 2 мес.,
10. 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. Карпенко И.В