#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 762

##### Ф.И.О: Нейша Георгий Смойлевич

Год рождения: 1960

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Вознесенка ул. Крымская 10

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.05.17 по 01.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП II-III сочетанного генеза. Последствия ишемического атеротромботического инсульта в области таламуса слева (2016 г.). Вестибуло-атактический синдром, сенсорные расстройства справа. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4 СН I.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (амарил, диаформин). С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-12 ед., п/о- 8ед., п/у- 12ед., Протафан НМ 22.00 – 22 ед. Гликемия –10-13 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. В анамнезе ишемический атеротромботический инсульт в области таламуса слева (2016г.), получал стац. лечение в отделении неврологии ЗОКБ. 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 |
| 24.05 | 153 | 4,6 | 6,9 | 20 | 3 | 2 | 63 | 26 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 24.05 | 77,5 | 5,3 | 2,3 | 0,98 | 3,3 | 4,4 | 4,6 | 119,9 | 10,8 | 2,7 | 1,7 | 0,32 | 0,68 |

### 24.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – ½ в п/зр белок – 0,166 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - едв п/зр

25.05.17 Суточная глюкозурия –1,3 %; Суточная протеинурия – 0,186

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.05 | 11,3 | 11,5 | 7,2 | 11,8 |
| 26.05 | 11,5 |  | 5,6 | 10,9 |
| 27.05 | 9,9 | 10,6 |  |  |
| 31.05 | 7.5 | 9.0 | 6.4 | 8.2 |

23.05.17 Невропатолог: ДЭП II-III сочетанного генеза. Последствия ишемического атеротромботического инсульта в области таламуса слева (2016 г.). Вестибуло-атактический синдром, сенсорные расстройства справа. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение.

23.05.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен.. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

26.05.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4 СН I

2015 г.Окулист : Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

24.05.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

29.05.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к слева –снижено справа - повышено. Тонус крупных артерий н/к повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена значительно нарушена. Затруднненние венозного оттока слева.

23.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,1 см3; лев. д. V = 5,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, метфогамма, тиогамма, мильгамма, актовегин, цераксон, нуклео ЦМФ, эналаприл, индапрес,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм 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: Актрапид НМ п/з- 6-8ед., п/уж – 4-6 ед., Протафан НМ п/з – 20-22 ед., п/у – 16-18 ед.
4. Диаформин 500 мг 2 раза в день
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
6. Контроль ОАК в динамике.
7. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
8. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Рек. кардиолога: Нолипрел форте 1 таб в день. Контроль АД.
10. Конс. окулиста по м/ж в плановом порядке.
11. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В