#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1614

##### Ф.И.О: Константинов Александр Иванович

Год рождения: 1951

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов ,ул. Пролетарская – 81-1

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 16.11.17 по 28.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. диффузный кардиосклероз. Полная блокада ПНПГ. СН II А ф.кл. II. без систолической дисфункции левого желудочка. ДГПЖ 1 ст. Хроническая задержка мочи.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, боли в ногах, пальцах обеих стоп ,кистей, жжение, судороги, увеличение веса на 7 кг за год,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-40 ед., п/у-30 ед., диаформин 1000 мг 1р/д, Доза инсулина увеличена эндокринологом по м/ж, в связи с гипергликемией натощак. Гликемия –12 ммоль/л. НвАIс -8,9 % от 10.2017 . Последнее стац. лечение в 2011г. 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 |
| 17.11 | 138 | 4,1 | 4,3 | 25 | 2 | 0 | 71 | 25 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 17.11 | 75 | 5,41 | 2,63 | 1,24 | 2,96 | 3,6 | 2,8 | 98 | 10,4 | 2,5 | 2,3 | 0,35 | 0,52 |

17.11.17 К – 4,3 ; Nа –142 Са++ -1,16 С1 -105 ммоль/л

### 17.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –1- в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

23.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

23.11.17 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – отр

##### 23.11.17 Микроальбуминурия –244,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.11 | 7,9 | 7,9 | 6,1 | 6,0 |
| 22.11 | 6,9 | 7,6 | 9,2 | 7,6 |
| 24.11 | 4,4 | 5,2 | 6,6 |  |

27.1.117 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

27.1.117 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9-1,0 Факосклероз.

Гл. дно: Сосуды сужены, Салюс I-II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.11.17 ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Полная блокада ПНПГ, с-м Укороченного PQ.

27.11.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. диффузный кардиосклероз. Полная блокада ПНПГ. СН II А ф.кл. II. без систолической дисфункции левого желудочка

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., эплепрес25мг1р/д, аторвастатин 20 мг 1р/д, трифас5 мг 1р/д 2 нед.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

17.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек плетол 100мг 1 мес.

17.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

17. 11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

24.11.17 Уролог: ДГПЖ 1 ст. Хроническая задержка мочи. Рек: флоксин 1т 1р/д № 30, простамол УНО1т 1р/д № 30, свечи дистрептаза 1т 1р/д № 12

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

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

Лечение: Хумодар Б100Р, тиогамма, солкосерил, милдракор, диаформин, этсет.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-30 ед., п/уж -20 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Рек. кардиолога: эплепрес 25 мг1 р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аторвастатин 20 мг 1р/д, трифас 5 мг 1р/д 1-2 нед.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.,
5. Определить ТТГ,АТТПО по м/ж с послед. конс. эндокринолога.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.