#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1188

##### Ф.И.О: Капитула Геннадий Григорьевич

Год рождения: 1959

Место жительства: Н-Николаевский р-н, Н-Николаевка ул. Совхозная 12

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 28 .08.17 по 06.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6). Энцефалопатия Ш , сочетанного генеза ( дисметаболическая сосудистая), последствия перенесенного малого ишемического инсульта, умеренный вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м, ИБС, стенокардия напряжения Ш ф .кл. п/инфарктный (без даты ) кардиосклероз. СН II А. ф. кл Ш. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение Ш ст. (ИМТ 47,6кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на Выраженную слабость, сухость во рту, жажду, полиурию, одышку при минимальной физ нагрузке, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, ухудшение памяти, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, выраженные боли в н/к, судороги, онемение, снижение чувствительности ног, повышение АД макс. до 230/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, отеки н/к.

Краткий анамнез болезни: СД выявлен в 2009г. связывает с избыточной массой тела. Выявлен при обследование у невропатолога, амбулаторно. С начала заболевания ССП (название не помнит). В 2012 в связи с декомпенсацией переведен на комбинированную инсулинотерапию: Фармасулин НNP п/з- 30ед.,. диаформин 850-1000 веч. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 40ед., п/у- 10ед., мефармил 850 веч.. НвАIс – 13,0 % от 05.07.17. Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: В 02.2006 03.2006 – ишемический инсульт. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг 1т утром, метопролол 50 мг ½ т 1-2р/д при учащенном сердцебиении, магникор 75 мг веч.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 29.08 | 170 | 5,1 | 7,8 | 19 | 1 | 0 | 54 | 44 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 29.08 | 129 | 5,3 | 2,25 | 0,98 | 3,3 | 4,4 | 67 | 81 | 12,5 | 3,1 | 1,46 | 0,46 | 0,51 |

29.08.17 К – 3,9 ; Nа – 146,4 Са++ -1,1С1 - 106,7ммоль/л

29.08.17 Проба Реберга: креатинин крови- 84мкмоль/л; креатинин мочи-13629 мкмоль/л; КФ- 76,2мл/мин; КР- 99,2 %

28.08.17 ацетон – следы.

### 29.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –4-3-8 в п/зр белок – 0,031 ацетон –1+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр, слизь + , мочевая кислота

С 30.08.17 ацетон - отр

30.08.17 Суточная глюкозурия – 1,4%; Суточная протеинурия – 0,058

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.08 | 12,1 | 16,1 | 9,2 | 8,2 |
| 31.08 | 6,9 | 12,6 | 12,6 | 10,8 |
| 01.09 | 6,7 | 10,8 | 9,7 | 9,7 |
| 03.09 | 9,8 | 10,9 | 12,2 | 11,6 |
| 05.09 | 7,4 | 11,8 | 8,8 | 8,1 |
| 06.09 |  |  |  |  |

28.08.17Невропатолог: энцефалопатия Ш , сочетанного генеза ( дисметаболическая сосудистая) умеренный вестиубло-атактический с-м)цереброастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6), Рек: УЗД МАГ, ЭХОКС , МРТ в плановом порядке, кардиомагнил 75 мг, атин 20 мг веч, под контролем липидограмы и печеночных проб, вазопро 5,0 в/в№ 10, келтикан 1т 3р/д 2 мес, липоевая кислота 600 в/в №10.

29.08.17Окулист: Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды извиты, склерозированы, вены полнокровны с-м Салюс 1- II , множественные микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

28.08.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, желудочковая экстрасистолия.. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда НА ЭКГ от 09.08.17 данные теже Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

31.08.17ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда рубец на задней стенки?

01.09.17ЭКГ по Небу + Ш на вдохе: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенке, гипертрофия левого желудочка Диффузные изменения миокарда.

31.08.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф .кл. п/инфарктный (без даты ) кардиосклероз. СН II А. ф. кл Ш. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: эплепрес 25 мг 1т утром, трифас 10-20 мг 1-2 нед, предуктал MR 1т2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д, лозап 100 мг1р/д, карведилол 12,5 м 1р/д, амлодипин 5-10 мг, изокет спрей при болях в сердце. Контроль АД, ЭКГ.

30.08.17ЭХО КС: Уплотненные аорты и АК. Увеличение полости и гипертрофия миокарда ЛЖ. Гипокинезия ЗСЛЖ. систолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Трикуспидальная регургитация до 1 ст. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. ФВ 47% систолическое давление в легочной артерии 21 мм рт ст.

29.08.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.08.17хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к, ВРВ н/к?. рек: снижение массы тела, детралекс 500 1т 2р/д 2 мес, актовегин в/в № 10

28.08.17УЗИ щит. железы: Визуализация щит. железы невозможна из-за чрезмерно развитой жировой клетчатки.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNP, диаформин 850, амлодипин 10, метопролол 50, магникор 75, фуросемид 2,0 в/в, диалипон турбо в/в № 10, милдракор 5,0 № 10,нейрокабал 1т 3р/д, эринорм 100, атоксил, щелочное питье, торадив 10.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли и отеки в н/к, одышка в покое не отмечается, уменьшилось сердцебиение . АД 140/80 мм 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: Фармасулин Н п/з-18 ед., п/уж -10 ед., Фармасулин НNP п/з 42ед, п/у 22 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (этсет 20 мг 1т веч) с контролем липидограммы через 3 мес.
6. Диалипон 600 мг/сут 1т утром 2-3 мес., нейрокабал 1т 3р/д 1 мес, келтикан 1к 3р/д 2 мес.
7. Детралекс 500 1т 2р/д 1 мес. МРТ головного мозга, УЗД МАГ в плановом порядке по м/жспослед. Конс. невролога.
8. ЭХОКС 1р/год. Гипотензивная терапия: клосарт 100 мг 1т утром, карведилол 12,5 мг 1- ½ т 2р/д под контролем ЧСС, амлодипин 5-10 мг утром под контролем АД, эплепрес 25 мг утром натощак, трифас 10 мг 1т натощак 1р в 2 дня, магникор (лоспирин)75 мг 1т на ночь.
9. Предуктал MR 1т 2р/д 1-2 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В