#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1240

##### Ф.И.О: Мурашко Петр Григорьевич

Год рождения: 1955

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Победы 20

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 07.09.17 по 19.09.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Артифакия ОИ. Энцефалопатия 1 ст. Сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН 0.

Жалобы при поступлении на общую слабость, сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6-7 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г.при прохождении проф осмотра. Комы отрицает. С начала заболевания ССП:(сиофор 500 1т 2р/д, затем принимал диапирид 2 мг. В последующем доза постепенно увеличивалась до 4 мг диапирид + диаформин 1000 2р/д. В 28.07.2017 глик гемоглобин – 9,7%. Был назначен диаформин 2500 мг/сут + диапирид 6 мг/сут. На фоне приёма отмечалась гликемия 10,8-7,6-4,7. В августе 2017 находился на стац.лечении т/о по м/ж со стойкой ацетонурией, где была назначена комбинированная терапия: Инсуман Базал п/з-12 ед., п/у- 8ед., диаформин 500 1т 2/д . Гликемия –7,6-12,0 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает индап 1т утром, лозап 50 мг утром + ½ т веч, кардиомагнил 75 мг веч. Получал курс инфузионной терапии тиоктовой кислотой в августе в т/о Вольнянской ЦРКБ, в настоящее время продолжает принимать диалипон 300 м 1т утром, витаксон 1т 1р/д.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 08.09 | 139 | 4,2 | 6,1 | 36 | 1 | 3 | 65 | 29 | 2 |
| 14.09 |  |  |  | 46 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.9 | 78 | 4,4 | 1,6 | 1,13 | 2,5 | 2,9 | 6,8 | 102 | 14,8 | 3,9 | 2,0 | 0,49 | 1,35 |

14.09.17 К – 5,32 ; Nа – 138 Са++ -2,4 С1 - ммоль/л

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

13.09.17 Суточная глюкозурия – 0,78 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.09.17 Микроальбуминурия – 25,7мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.09 |  | 8,3 | 12,6 |  |
| 08.09 | 10,9 |  |  |  |
| 11.09 | 11,2 | 13,7 | 8,8 | 8,1 |
| 14.09 | 10,0 | 10,0 | 9,7 | 7,5 |
| 17.09 | 10,2 | 10,6 | 7,1 | 8,4 |
| 19.09 | 8,2 | 7,5 |  |  |

11.09.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Энцефалопатия 1 ст. сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) церебрастенический с-м Рек: контроль и коррекция АД. кардиомагнил 75 мг веч. УЗДГ МАГ в плановом порядке, церебролизин 10,0 в/в

08.09.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS=0,4сф – 1,5=0,5 ОИ – Артифакия. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые, гр четкие, сосуды сужены, извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II ст. В макуле без особенностей. Д-з: Артифакия ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

04.09.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.09.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Слева – нарушение кровообращения 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

07.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V = 6,0 см3

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

Лечение: диаформин 1000, диаглизид МR, инсуман Инсуман Базал, витаксон, лозап 50 мг, индап 2,5, небилонг 2,5 мг, кардиомагнил, эссенциале, физиолечение.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, несколько уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм 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: Инсуман Базал п/з- 12 ед., п/уж – 14-16 ед.
4. ССТ: диаформин (метамин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гипотензивная терапия: лозап 50 мг 1 т утром, индап 2,5 мг утром натощак, небилонг 2,5 мг вечером, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Диалипон 600 мг/ утром 2-3 мес, витаксон 1 т 3р/д – 1 месяц, эссенциале 2 к 3р/день -1 месяц.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В