#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1286

##### Ф.И.О: Склярук Иван Яковлевич

Год рождения: 1960

Место жительства: Запорожский р-н, с. Кушугум ул. Вокзальная 16

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 18.09.17 по 27.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ш ст, с-м диабетической стопы, смешанная форма. СПО 2014 ампутация пр стопы по Шапару. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение Шст. (ИМТ 41,9 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН II А . ф. кл II . Риск 4. Неполная блокада ПНПГ. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 240/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, периодически давящие боли в обл сердца на фоне повышенного давления.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 34ед., п/у-24 ед. +диаформин 500 мг 2р/д. Гликемия –8,8-12,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 20 лет. Регулярно гипотензивную терапию не принимает, периодически индапрес 2,5мг. В 2014 ампутация пр стопы. 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 |
| 19.09 | 130 | 3,9 | 3,4 | 45 | 1 | 2 | 61 | 31 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.09 | 122 | 6,02 | 2,71 | 1,15 | 3,62 | 4,2 | 9,5 | 113,3 | 16,9 | 3,6 | 3,8 | 0,45 | 0,12 |
| 22.09 | 110 |  |  |  |  |  | 8,8 | 126,5 |  |  |  |  |  |

21.09.17 белок общ 72,4

19.09.17 Глик. гемоглобин – 9,0%

19.09.17 Анализ крови на RW- отр

22.09.17 ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 28,0 (0-30) МЕ/мл

19.09.17 К –4,28 ; Nа –135 Са++ -1,10 С1 -99 ммоль/л

25.09.17 Проба Реберга: креатинин крови-128 мкмоль/л; креатинин мочи- 6600 мкмоль/л; КФ- 42,88мл/мин; КР- 97,08%

### 19.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

20.09.17 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – 2,11

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.08 | 10,4 | 11,3 | 7,7 | 10,6 |
| 21.09 | 7,5 | 11,0 | 9,3 | 10,6 |
| 23.09 | 7,7 | 9,8 | 9,0 | 10,3 |
| 26.09 |  |  |  | 7,1 |

20.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

21.09.17Окулист: Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены широкие, уплотнены, сосуды извиты, склерозированы, выраженный хориосклероз. С-м Салюс 1- II ст. ед. микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.09.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

25.09.17ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Блокада срединного разветвления ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

20.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

25.09.17 Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

19.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы –слева, справа – нарушение кровообращения 1 ст. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

25.09.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст с увеличением её размеров и размеров селезенки, без признаков портальной гипертензии. Нельзя исключить удвоения синуса левой почки.

19.09.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

27.09.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

18.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V 9,3= см3; лев. д. V = 6,7см3

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

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, метфогама, амлодипин, каптоприл, хипотел, торсид, индапрес, фенигидин, эналаприл.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/90мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, нефролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, продуктов богатых калием, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-6-8 ед., п/уж - 6-8ед ед., Генсулин Н п/з 32-34ед, п/у 22-24ед

Метфогамма (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*1р/сут. Контроль креатинина, мочевины, СКФ в динамике, при показаниях провести коррекцию препаратов метформинового ряда.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Контроль СКФ, креатинина, мочевины общего белка, калия, натрия.
3. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг с контролем липидограммы 1р 3 нед.
4. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
5. Гипотензивная терапия: хипотел 80 мг 1р/д. индап 2,5 мг 1р/д, торсид 10 мг 1т2-3р/нед. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД. Конс кардиолога по м/ж
6. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в стр, преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., арлеверт 1т 3р/д 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год.
8. Рек нефролога наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике. УЗИ МВС контроль 1-2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ и АРА II .

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В