#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 67

##### Ф.И.О: Донец Николай Николаевич

Год рождения: 1944

Место жительства: г. Запорожье ул.Чумаченко 25/11 ( прописан ул. Микояна 14/260)

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.01.17 по 31.01.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма,ст. декомпенсации. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ИБС, диффузный кардиосклероз, Неполная блокада ПНПГ СН1. II Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Гиперкератоз стоп.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 145/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Левемир п/з- 45ед., п/у- 17ед., Гликемия –12,9-14,4 ммоль/л. НвАIс – 10,3 % от 07.2016 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает вазар Н 160/12,5 ½ т утром, эналаприл 10 мг веч, кардиомагнил. Явления диаб. нефропатии с 2009 в виде артериальной гипертензии, протеинурии, повышение шлаков. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.01.17 Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр –4,5 лейк –7,4 СОЭ 10 мм/час

э-2 % п- 4% с- 74% л- 18% м- 2%

17.01.17 Биохимия: СКФ –52 мл./мин., хол –5,3 тригл -1,43 ХСЛПВП – 1,43 ХСЛПНП -3,44 Катер -3,4 мочевина –5,8 креатинин –128,7 бил общ –13,0 бил пр –3,2 тим – 1,7 АСТ – 0,28 АЛТ – 0,40 ммоль/л;

25.01.17 Креатинин 133,1 СКФ 50,3

17.01.17 Анализ крови на RW- отр

17.01.17 К – 4,69; Nа – 142,9 Са – 2,23 Са ++ 1,13 С1 104,8 ммоль/л

### 17.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,038 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

24.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – 0,059

18.01.17 Суточная глюкозурия – 0,64 %; Суточная протеинурия – 0,20

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.01 | 6,2 | 11,7 | 9,5 | 10,4 | 8,2 |
| 23.01 | 7,3 | 6,9 | 8,3 | 10,1 | 7,4 |

17.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

18.01.17Окулист: VIS OD= 0,5сф + 0,5д=0,6 OS= 0,8сф + 0,75д =0,9 ; ВГД OD= 19 OS=19

Начальные Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены, вены неравномерного калибра, полнокровны, С-м Салюс 1. Микроаневризмы. По всему заднему полюсу множественные ЛК. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции.

16.01.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

27.01.7Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, Неполная блокада ПНПГ СН1. II Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

2016 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.01.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая остеоартропатия? Гиперкератоз стоп.

18.01.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

27.01.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, застоя в желчном пузыре, нельзя исключить наличие микролитов почках, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 1 ст.

Лечение: вазар Н, эналаприл, кардиомагнил, диаформин, мефармил, Левемир, тивортин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130-140/80 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: Левемир п/з- 45-47ед., п/уж -16-17 ед., с учетом низкой СКФ ССТ не показаны. При сохраняющейся постпрандиальной гипергликемии (более 8,0 мМоль\л) рекомендовано Новорапид 2-4 ед п/з и п/у.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, СКФ, креатинина, К.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: нолипрел би форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
8. Кардиомагнил 1 т. вечер.
9. Нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., тивортин 1л 2р\д 1 мес.
10. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес.,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек хирурга: Р-гр стоп в плановом порядке, обработка комплексом Ре-вита 3 мес
13. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В