#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 359

##### Ф.И.О: Головецкий Иван Антонович

Год рождения: 1959

Место жительства: Гуляйпольский р-н, с. Полтавка ул. Свердлова 74б

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 10.03.17 по 21.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 6), хроническое течение. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл, п/инфарктный ( 2013) кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП 1- II сочетанного генеза в ВБС на фоне стенозирующего атеросклероза МАГ, венозно-ликворня дисфункция, цефалгический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния связанные с нарушением режима диетотерапии..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-24 ед., п/у- 14ед., Хумодар Б100Р п/з 26 ед, п/у 24 ед. Гликемия –2,8-16,1 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает индап 2,5, корвазан 25 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.03.17 Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр – 4,3 лейк – 4,9 СОЭ –22 мм/час

э- 0% п- 8% с- 58% л- 30 % м- 4%

20.03.17 Общ. ан. крови Нв – 157 г/л эритр –4,7 лейк – 5,2 СОЭ –17 мм/час

э- 0% п-2 % с- 71% л- 24% м- 3%

13.03.17 Биохимия: СКФ –102,2 мл./мин., хол –4,5 тригл -1,49 ХСЛПВП -1,33 ХСЛПНП -2,5 Катер -2,4 мочевина – 6,3 креатинин – 97,9 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим –1,1 АСТ –0,22 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

13.03.17 ТТГ –2,6 (0,3-4,0) Мме/мл

13.03.17 К – 4,68 ; Nа –146 Са – 1,12 ммоль/л

### 14.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;много эпит. перех. - ед в п/зр

13.03.17 Суточная глюкозурия –1,9 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.03.17 Микроальбуминурия –162 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.03 | 7,8 | 11,3 | 10,1 | 10,2 |
| 14.03 | 8,9 | 12,8 | 3,2 | 4,7 |
| 16.03 | 8,2 | 11,2 | 8,0 | 8,9 |
| 18.03 | 8,5 | 10,1 |  |  |
| 19.03 |  | 8,3 |  |  |
| 21.03 | 8,2 |  |  |  |

10.03.17Невропатолог: ДЭП 1- II сочетанного генеза в ВБС на фоне стенозирующего атеросклероза МАГ, венозно-ликворня дисфункция, цефалгический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 6) хроническое течение

14.03.17 Окулист: факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. единичные твердые экссудаты. Микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

10.03.17ЭКГ: ЧСС – 80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

16.03.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл, п/инфарктный (2013) кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

18.03.17ЭХО КС: КДР-6,2 см; КДО- 196мл; КСР- 4,7см; КСО- 101мл; УО-94 мл; МОК- 7,5л/мин.; ФВ- 48%; просвет корня аорты -2,3 см; ПЛП – 3,9 см; МЖП –0,9 см; ЗСЛЖ –0,9см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты, АК. Увеличение полости ЛЖ. Гипокинезия ЗДЛЖ. Систолическая дисфункция ЛЖ.

13.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

10.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,8 см3; лев. д. V =5,5 см3

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

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, диалипон, витаксон, актовегин, престариум, карведилол, эплетор, торсид, предуктал MR, кардикет

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Хумодар Р100Р п/з- 22ед., п/уж -14 ед., Хумодар Б100Р п/з 24 ед, п/у 24 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
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: престариум2,5-10 мг веч., карведилол 3,125 1р\д, эплетор 25 мг 1р\д, трифас 10 мг 1р\д, предуктал MR 1т 2р/д, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: нейродар 1000 мг в/в кап на 100,0 физ р-ра № 10, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В