#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 426

##### Ф.И.О: Северин Юрий Николаевич

Год рождения: 1960

Место жительства: Гуляйпольский р-н, Г-Поле, ул. Цветная 10-50

Место работы: инв II гр, Амбулатория ЗПСМ Г-Поле, зав. амбулатории

Находился на лечении с 21.03.17 по 31.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Терминальная оперированная глаукома, артифакия, частичный гемофтальм ОД. Вторичная васкулярная оперированная глаукома, артифакия, авитрия OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к II – Ш ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) хроническое течение. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ДДПП ПОП, протрузия L5-S1 с-м люмбалгии, стадия неполной ремиссии. ДЭП 1- II сочетанного генеза, 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 180/100 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2015в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Протафан НМ п/з- 22ед., п/у- 20ед., диаформин 1000 2р/д Гликемия –14,0-18,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 7 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.03.17 Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр – 3,9 лейк –5,5 СОЭ –23 мм/час

э- 0% п- 0% с- 70% л- 28 % м-2 %

22.03.17 Биохимия: СКФ –81,7 мл./мин., хол –7,5 тригл -6,2 ХСЛПВП -4,3 мочевина – 9,6 креатинин –137 бил общ –10,2 бил пр –2,5 тим –3,0 АСТ – 0,11 АЛТ – 0,51 ммоль/л;

27.03.17 Биохимия: хол –7,7 тригл -4,7 ХСЛПВП – 1,2ХСЛПНП -4,4 Катер -5,4

27.03.17 общий белок 73,3

29.03.17 СКФ 90,3 мочевина 7,5, креатинин 124,3

### 23.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 3-5 в п/зр белок – 0,04 ацетон –отр; эпит. пл. – много ; эпит. перех. – ум в п/зр

23.03.17 Суточная глюкозурия –1,05 %; Суточная протеинурия – 0,084

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.03 | 10,0 | 12,3 | 10,1 | 14,8 |
| 27.03 | 8,6 | 11,2 | 9,4 | 10,0 |
| 29.03 | 9,5 | 12,6 | 10,2 | 14,0 |
| 30.03 | 8,3 |  |  |  |
| 31.03 | 9,1 | 9,1 |  |  |

21.03.17 Невропатолог: ДДПП ПОП, протрузия L5-S1 с-м люмбалгии, стадия неполной ремиссии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) хроническое течение. ДЭП 1- II сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

Окулист: Гл. дно: ДЗН серый, тотальная экскавация, сосуды сужены, извиты, склерозированы, множественные следы от ЛК, пролиферативные изменения. OS. артифакия, авитрия. Д-з: Терминальная оперированная глаукома, артифакия, частичный гемофтальм ОД. Вторичная васкулярная оперированная глаукома, артифакия, авитрия OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.03.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена . Гипертрофия левого желудочка.

22.03.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

28.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.03.17 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

28.03.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Диагноз см. выше.

27.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров ; перегиба в области шейки, конкремента в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, кальцинатов в селезенке, функционального раздражения кишечника, мелких конкрементов микролитов в почках, без нарушения урокинетики

21.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,2 см3; лев. д. V = 7,8 см3

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

Лечение: Протафан НМ, аторвакор, аспирин кардио, предуктал MR, диаформин, диалипон, актовегин, пирацетам, витаксон, денорик, торсид,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Пациенту показано продолжить стац лечение для достижения компенсации СД. В настоящее время от дальнейшего лечения категорически отказывается, настаивает на выписке из отделения, в связи с семейными обстоятельствами. За время стац лечения больному отменен метформин, вследствие чего доза инсулина увеличена. При повторе уровня креатинина (29.03.17 – 124) прием метформина возобновлен, что есть патогенетически правильным (ИМТ 32 кг/м2)

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Протафан НМ п/з- 38-42ед., п/уж – 34-36ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут. под контролем креатинина, СКФ. При показаниях диаформин отменить или провести коррекцию дозы. Регулярный самоконтроль соблюдение режима диетотерапии. Контроль глик. гемоглобина через 3 мес, при необходимости повторная госпитализация в эндокриндиспансер для перевода на аналоги инсулина.

1. Контроль протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Контроль креатинина, мочевины, СКФ, общего белка в динамике
3. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 20 мг) с контролем липидограммы.
4. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
5. Рек. кардиолога: небивалол 5 мг 1р\д, нолипрел форте 1т веч, аспирин кардио 100 мг 1р\д. предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Дообследование: КТ сердца и сосудов
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., , витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или АРА II (хипотел 40-80 мг\сут).
8. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В : аторвакор 40 мг на ночь постоянно, контроль липидограммы, небивалол 5 мг в обед, нолипрел форте 1т утром, аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал MR 1т 2рд 2 мес. Дообследование ЭХОКС.
9. Б/л серия. АГВ № 235727 с 21.03.17 по 31.03.17. к труду 01 .04.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В