#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 419

##### Ф.И.О: Павлияненко Александр Николаевич

Год рождения: 1976

Место жительства: г. Запорожье ул. Русская 24

Место работы: Александровский МП УПО в Запорожской области, полицейский

Находился на лечении с 20.03.17 по 31.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) хроническое течение. . ХБП 1 ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь I стадии. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ДДПП на поясничном уровне. грыжа диска L5-S1, хроническое рецидивирующее течение. ст ремиссии

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, слабость, утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2012 переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Комб 46 ед, п/у 34 ед, при применении препаратов метформинового ряда – жидкий стул. Гликемия –13,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.03.17 Общ. ан. крови Нв –164 г/л эритр –5,0 лейк –4,4 СОЭ – 14 мм/час

э- 2% п- 1% с- 48% л- 4% м- 5%

21.03.17 Биохимия: СКФ –113 мл./мин., хол –6,8 тригл – 3,9ХСЛПВП -1,01 ХСЛПНП -4,0 Катер -5,7 мочевина –5,1 креатинин –104,5 бил общ –10,0 бил пр –2,5 тим – 3,9 АСТ – 0,43 АЛТ – 0,58 ммоль/л;

21.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

23.03.17 Суточная глюкозурия – 2,08 %; Суточная протеинурия – отр

23.03.17 Микроальбуминурия – 31,7мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.03 | 12,1 |  |  |  |
| 22.03 |  | 11,6 | 10,8 | 6,7 |
| 24.03 | 11,9 | 7,9 | 7,5 | 9,5 |
| 26.03 | 8,5 | 8,1 | 5,9 | 9,1 |
| 29.03 | 10,6 |  |  |  |
| 31.03 | 5,3 |  |  |  |

20.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) хроническое течение. ДДПП на поясничном уровне. грыжа диска L5-S1, хроническое рецидивирующее течение. Ст ремиссии.

20.03.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Оптические среды прозрачны. ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, Вены полнокровны. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

20.03.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

24.03.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь I стадии. Риск 4

22.03.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.03.17 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

22.03.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева – 1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

24.03.17 МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника МРТ картина дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника. Спондилоартроз фасеточных суставов. Умеренно выраженный дегенеративный стеноз позвоночного канала. Протрузии дисков в сегментах Д 11 -Д 12 , Д12- L1, L3-L4, L4-L5, крупная протрузия (пролапс) диска в сегменте L5-S1.Спонидез д1-S1.

22.03.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с двух сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.2016УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,7 см3; лев. д. V = 8,6 см3

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

Лечение: Инсуман Комб, тиоктацид 600 мг в/в кап № 10, витаксон 2,0 в/м № 10 , армадин 2,0 в/м № 10, ипигрикс 1,0 в/м № 8, актовегин 10,0 в/в стр № 10.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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: Инсуман Комб п/з-48 ед., п/уж - 38ед.
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: арифон ретард 1т 1р\д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Б/л серия. АГВ № 235728 с 20.03.17 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