#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 123

##### Ф.И.О: Мозгин Павел Николаевич

Год рождения: 1956

Место жительства: г. Запорожье ул. Уральская 45

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 25.01.17 по 04.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Травматическая катаракта ОД. Ангиопатия сетчатки OS. Начальная катаракта OS. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию: Фармасулин НNP, Фармасулин Н.С 2013 в свя с декомпенсацией, значительным набором веса переведен на Новомикс. В наст. время принимает: Новомикс п/з- 35-36ед., п/у- 35-36ед., Сиофор 1000 2р/д. Гликемия –7,0-18 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 25 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел би-форте 1т , магникор 75 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

26.01.17 Общ. ан. крови Нв –146 г/л эритр –4,5 лейк –6,0 СОЭ – 7 мм/час

э- 3% п-5 % с- 65% л-21 % м- 6%

26.01.17 Биохимия: СКФ –141 мл./мин., хол –4,84 тригл -1,94 ХСЛПВП – 0,79ХСЛПНП – 3,2Катер – 5,1мочевина –5,0 креатинин – 99 бил общ – 11,8 бил пр –2,9 тим –6,9 АСТ –0,27 АЛТ –1,69 ммоль/л;

27.01.17 К – 5,04 ; Nа – 144,9 С1 – 92,9 Са – 1,23 ммоль/л

### 30.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

31.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 750 эритр - белок – 0,034

27.01.17 Суточная глюкозурия – 0,42 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.01 | 11,2 | 9,3 | 8,2 | 7,3 | 6,2 |
| 27.01 | 9,6 |  |  |  |  |
| 30.01 | 8,9 | 8,3 | 7,5 | 7,8 | 6,7 |

25.01.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м.

01.02.17Окулист: VIS OD= 0,02 н/к OS= 0,9-1,0 ; ВГД OD= 22 OS=19

ОД - в хрусталике почти гомогенные помутнения, рефлекс с глазного дна розово-тусклый, детали не видны. OS - в хрусталике уплотнения. На гл. дне: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умеренно извиты, склерозированы ,вены уплотненны, в макулярной области без особенностей, с-м Салюс 1 ст. Д-з: Травматическая катаракта ОД. Ангиопатия сетчатки OS. Начальная катаракта OS. .

25.01.17ЭКГ: ЧСС 80- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

03.02.17ЭКГ: ЧСС 80- уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. неполная блокада ПНПГ.

31.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I.

2014Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров, множественных конкрементов в желчном пузыре.

25.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V = 6,4 см3

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

Лечение: Новомикс, Сиофор нолипрел, би-форте. Эспа-липон, мильгамма, тивортин, нуклео ЦМФ, эналприл, индапрес, кардиомагнил, этсет.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80-150/90мм рт. ст. периодически отмечает колющие боли в сердце.

Рекомендовано:

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

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

форксига 10 мг утром.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
5. Нолипрел би-форте 1т утром , кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Эспа-липон (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., тивортин 1л 2р\д 1 мес. нуклео ЦМФ 20 мг 1т 2р\д 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек. окулиста: оперативное лчение ФЭК + ИОЛ на ОД в плановом порядке.
9. 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