#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 261

##### Ф.И.О: Мишечкин Николай Сергеевич

Год рождения: 1953

Место жительства: Михайловский р-н, с. Молодежное, ул. Молодежная 23а

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 20.02.17 по 01.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), с-м умеренной вестибулопатии.. Вертеброгенная люмбалгия ,умеренный болевой с-м. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диф. кардиосклероз. Аортально, митральная регургитация 1 ст, постоянная форма фибрилляции предсердий. СН II А. ф .к л II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за пол года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, боли в поясничной области слева.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (Диабетон MR, сиофор). С 09.2016 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 22ед., п/у- 16ед., Гликемия –9,4-15,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. С 5.01.17-13.01.17 стац лечение в кардиолог. отд. ЗОКБ по поводу «ИБС, стенокардия напряжения Ш ф. кл. Диффузный кардиосклероз. ПФФП. ГБ II ст 3 ст. риск 4». Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.02.17 Общ. ан. крови Нв – 178г/л эритр – 5,3 лейк –3,4 СОЭ –5 мм/час

э- 0% п- 0% с- 62% л- 34% м- 4%

21.02.17 Биохимия: СКФ –109,4 мл./мин., хол –5,9тригл -2,14 ХСЛПВП -1,63 ХСЛПНП -3,3 Катер -2,6 мочевина –8,9 креатинин – 101,2 бил общ –12,2 бил пр –3,0 тим – 1,3 АСТ – 0,16 АЛТ – 0,38 ммоль/л;

21.02.17 МНО – 1,24

27.02.17 МНО – 1,89

### 21.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк –8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

24.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

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

##### 23.02.17 Микроальбуминурия –112,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.02 | 8,0 | 8,2 | 7,4 | 5,7 |
| 24.02 | 6,6 | 10,3 | 8,4 | 10,3 |

24.02.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), с-м умеренной вестибулопатии.. Вертеброгенная люмбалгия ,умеренный болевой с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение.

24.02.17 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ. ОД - деструкция по типу серебряный дождь. На Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, извиты, склерозированы Вены уплотнены полнокровны. Салюс 1- II . Множественные микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД.

20.02.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж нижен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

27.02.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диф. кардиосклероз. Аортально, митральная регургитация 1 ст, постоянная форма фибрилляции предсердий. СН II А. ф .к л II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

21.02.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.02.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

20.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,1 см3; лев. д. V =5,9 см3

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

Лечение: нолипрел форте, бисопролол, тридуктан, варфарин, левазо, паноцид, диклоберл, мидокалм, диклак гель, тиогамма, мильгамма, нуклео ЦМФ, тивортин, Инсуман Базал,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-22-24 ед., п/уж – 16-18ед.
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: нолипрел форте , бисопролол 5 мг утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., левазо 4 мг, варфарин 5 мг с контролем МНО через 5-7 дней с послед. коррекцией дозы варфарина.. Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
9. Рек. невропатолога: диклоберл 3,0 в/м № 5 мидокалм 150 мг на ночь 10 дней, диклак гель 2р/д местно .
10. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, постоянно

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В