#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 458

##### Ф.И.О: Журавский Сергей Владимирович

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чумаченко 5-12

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 29 .03.18 по 11.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Оперированная отслойка сетчатки, Авитрия ОД Диабетическая ангиопатия артерий н/к.. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Состояние после стентирования ПМЖА (2008) СН 1. АКШ (2016) Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Осложнённая катаракта OS

Жалобы при поступлении на резкое ухудшение зрения, боли в ногах, в крупных суставах, повышение АД до 170/100, шум и звон в голове,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Ранее принимал ССТ: глюкофаж, амарил. В 2015 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 22ед., п/о- ед., п/у-12 ед., глюкофаж 1000 2р/д Гликемия – 14,7ммоль/л. НвАIс – 9,9 % от 02.2018 . Снижение зрения с 2010. Постонно наблюдается и проходит лечение в клинике «Визус». Комы отрицает. Последнее стац лечение в 2016 . Повышение АД с 2000 ,принимает нолипрел 1т утром, триплексам, клопидогрель, ливазо, трайкор АТ ТПО –11,9 (0-30) МЕ/мл от 2015 . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 30.03 | 134 | 4,2 | 6,1 | 26 | 2 | 1 | 68 | 28 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 30.03 | 85,4 | 3,97 | 2,27 | 1,56 | 1,36 | 1,5 | 4,9 | 102 | 10,1 | 2,1 | 1,2 | 0,13 | 0,43 |

30.03.18 Глик. гемоглобин -9,7%

30.03.18 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

30.03.18 К – 4,9 ; Nа –139 Са++ -1,24 С1 - 106 ммоль/л

### 30.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

30.03.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,225

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.03 | 7,8 | 9,3 | 10,7 | 7,9 |  |
| 02.04 | 8,2 | 13,3 | 8,5 | 6,6 |  |
| 05.04 | 8,7 | 8,9 | 6,6 | 8,4 |  |
| 10.04 |  |  |  |  |  |

2017 Невропатолог Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форм

30.0.318Окулист: VIS OD= 0,01 н/к OS= 0,09 н/к ;

Гл. дно: ДЗН розовые, тусклые , детали не видны, в OS. уплотнение, детали плохо просматриваются. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Оперированная отслойка сетчатки, Авитрия ОД Осложнённая катаракта OS

30.03.18ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

02.04.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Состояние после стентирования ПМЖА (2008) СН 1. АКШ ( 2016) Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: локрен 20 мг , аспирин кардио 100 мг 1р\д нолипрел форте 1т, клопидогрель 75 мг, ливазо 4 мг 1р/д АД, ЭКГ.

04.04.18 Нефролог: СКФ 72 мл/мин ХБП II , гипертензивная, диабетическая нефропатия . Контроль ан. мочи крови, в динамике, адекватная противогипертензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ и АРА II.

30.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

29.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,6 см3; лев. д. V =5,3 см3

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

10.04.18 УЗИ почек: эхопризнаки диффузных изменений , удвоения правой почки.

10.04.18 УЗИ МАГ головы и шеи : протокол прилагается.

Лечение: Инсуман Базал, глюкофаж, тиолипон, армадин, нолипрел бифорте, аген 5-10 мг, индапрес, ливазо, клопидогрель

Состояние больного при выписке: За период стац лечения дозы инсулина коррегированы. Уровень гликемии в пределах целевых значений АД 130/80-140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-22 ед., п/уж -14 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч длительно с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: нолипрел бифорте 1т утром, аген 10 мг веч ливазо 4 мг веч, клопидогрель 75 мг веч. аспирин кардио 100 мг 1р/д . Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.