#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1406

##### Ф.И.О: Хоменко Григорий Петрович

Год рождения: 1957

Место жительства: г. Запорожье ул. Космическая 118а-38

Место работы: пенсионер инв Ш гр

Находился на лечении с 25.10.18 по  05.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Открытоугольная глаукома ОД. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая ангиоретинопатия ОИ. ХБП II ст.: диаб. гипертоническая нефропатия. Острое повреждение почек Ш ст (10.2018). Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Метаболическая кардиомиопатия СНI. Ф .кл II Лекарственная токсикодермия в ст. разрешения

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 20 кг за 3мес , ухудшение зрения, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., одышку при минимальной физ нагрузки, высыпания по типу крапивницы на коже верхних, нижних конечностях, передней брюшной стенки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. (Диабетон MR, диаформин). Резкое ухудшение состояния в течение 2х нед, обратился к семейному врачу по м/ж. с 17.10.18 по 24.10.18 стац лечение в терап отд 1. ГБ . Выписной эпикриз № 2508 прилагается. ДЗ: СД тип 2 , тяжелая форма, стадия декомпенсации. Острое повреждение почек Ш ст. ХБП: гипертензивная нефропатия. Метаболическая кардиомиопатия СНI. Хронический пиелонефрит. вне обострения. При госпитализации отмечалось повышение калия, креатинина до 900, снижения СКФ . В условиях терап. отд первично переведен на ИТ: Хумодар Р100Р п/з 6ед, п/о 8 ед, п /у – 4 ед, Хумодар Б100Р 22.00 – 6 ед, На введении данных инсулинов на 3-е сутки появилась сыпь кожных покровов по типу крапивницы. 25.10.18 конс аллергологом: Лекарственная токсикодермия. ГБ в течение 30 лет, ранее гипотензивную терапию не принимал. В настоящее время принимает рамиприл 5 мг 1р/д. Гломирулонефрит с 2007, подагра с 2008, госпитализирован в эндодиспансер с целью подбора ССТ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 26.10 | 146 | 4,26 | 7,1 | 30 | |  | | 2 | 1 | 72 | 21 | | 4 | | |
| 30.10 | 124 | 3,64 | 4,4 | 35 | |  | | 3 | 1 | 64 | 31 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 26.10 | 40,6 | 5,04 | 2,73 | 0,9 | 2,89 | | 4,6 | 21,9 | 184,0 | 11,2 | 2,6 | 2,9 | | 0,55 | 1,3 |
| 30.10 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 12,4 | 2,8 | 2,7 | | 0,52 | 0,62 |
| 02.11 | 77,3 |  |  |  |  | |  | 3,6 | 94 |  |  |  | |  |  |

30.10.18 Глик. гемоглобин -8,8 %

30.10.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

30.10.18 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл

26.10.18 К – 4,1 ; Nа – 136 Са++ - 1,18С1 - 101 ммоль/л

### 26.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –8-10 в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. ед- в п/зр

26.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 7000 эритр - белок – 0,032

30.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3000 эритр - белок – 0,025

29.10.18 Суточная глюкозурия – 0,53 %; Суточная протеинурия – отр

##### 31.10.18 Микроальбуминурия –112,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.10 | 9,2 | 13,6 | 12,5 | 12,6 |  |
| 27.10 | 10,3 | 9,7 | 10,1 | 5,6 |  |
| 30.10 | 7,3 | 7,1 | 7,5 | 5,6 |  |
| 31.10 | 6,1 | 6,7 | 8,6 | 5,0 |  |
| 02.11 | 5,5 | 9,7 | 8,0 | 5,9 |  |

25.10.18 Окулист:Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, с-м Салюс 1 – II ст. Д-з: открытоуголная глаукома ОД. Начальная катаракта ОИ. Ангиоретинопатия ОИ.

26.10.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

25.10.15 Аллерголог: Лекарственная токсикодермия в ст. разрешения

25.10.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Метаболическая кардиомиопатия СН0-I. Ф .кл II

05.11.18 Кардиолог: диагноз прежний.

29.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

25.10.18 Нефролог: острое повреждение почек Ш ст в стадии выздоровления. ХБП II ст.: диаб. гипертоническая нефропатия. Гипертоническая болезнь Ш ст АГ 3 степени, очень о риска.

05.11.18 Нефролог: ХБП II ст.: диаб. гипертоническая нефропатия. острое повреждение почек Ш ст (10.2018).

26.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Справа ,слева – снижено 1 ст Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

01.11.18 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

05.11.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,0 см3; лев. д. V = 8,4 см3

Перешеек –0,34 см.

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

Лечение: дилтиазем ретард, атоксил, Инсулар Стабил, Инсулар Актив, леркамен, ксизан, рамез, ксизал

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась на фоне подобранной инсулинотерапии, явления аллергической токсикодермии купированы. Нормализовались показатели креатинина, мочевины. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, нефролога. по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з-16 ед., п/уж -10 ед.,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: амлодипин 5-10 мг 1р/д, при возможности заменить на дилтиазем ретард 90 мг 1т 2р/д, предуктал MR 1т 2р/д, дообследование ЭХОКС Динамика ЭКГ
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 1-3р. в год. Адекватная гипотензивная терапия и адекватная инсулинотерапия
10. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.