#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1509

##### Ф.И.О: Сеньченко Виталий Алексеевич

Год рождения: 1963

Место жительства: Васильевский р-н, с. Малая Белозерка ул. Киевская 24а

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 12.11.18 по  22 .11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение роговицы OS. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. . ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН II А ф . кл II. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2017 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 30ед., п/у- 28ед. диаформин 1000 мг 2р/д Гликемия –3,9-12 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 02.2018 г. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает каптоприл 1т 2р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.11 | 137 | 4,1 | 6,3 | 21 | |  | | 2 | 2 | 60 | 33 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.11 | 101,2 | 4,56 | 2,07 | 1,39 | 2,22 | | 2,2 | 6,2 | 91,3 | 13,3 | 3,0 | 2,0 | | 0,45 | 0,56 |

13.11.18 Глик. гемоглобин -8,2 %

13.11.18 Анализ крови на RW- отр

12.11.18Тропонин т-отр

13.11.18 К – 4,37 ; Nа –138 Са++ -1,11 С1 - 100 ммоль/л

### 13.11.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

15.11.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 15.11.18 Микроальбуминурия –162,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.11 | 4,5 | 9,0 | 5,8 | 9,8 |  |
| 14.11 |  |  |  | 9,7 |  |
| 15.11 | 5,6 | 5,8 | 8,1 | 6,8 |  |
| 17.11 | 8,3 | 7,6 | 8,0 | 6,2 |  |
| 20.11 | 6,2 |  |  |  |  |

2017Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4)

15.11.18 Окулист: VIS OD= движение руки у лица OS= 0,03 н/к ; OS – помутнение роговицы, в хрусталике уплотнение. На гл. дне. выраженные пролиферации преретинальный фиброз, витреоретинальные тракции ( ОД> OS). Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение роговицы OS.

13.11.18 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение кровообращения передневерхушенобоковой области

20.11.18 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда боковой стенки.

13.11.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН II А ф . кл II. Риск 4.

15/11/18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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

12.1.118 Р-гр пр. стопы в 2х проекуциях без костно деструктивных изменений

12.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,5 см3; лев. д. V = 5,3 см3

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

Лечение: каптоприл, каптопрес, Инсуман Базал, карведилол тригрим, эплепрес, предуктал MR , нолипрел би форте, метформин, тиогама, актовегин

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая снижение остроты зрения подтвержденное осмотром окулиста рекомендовано введение Инсуман Базал в пенфильной форме, выдана 1 шприц-ручка.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога , окулиста, хирурга, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал (пенф) п/з-26ед., п/уж -24 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел би форте 1т 1р/д, тргрим 5-10 мг 1р/д, 1 нед, эплепрес 25 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д , карведилол 1,5 мг 1р/д. NT pro BNP
5. Тиогамма 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.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек. окулиста: дообследвоанеи ОКТ - ангиография В-сканирование, ОСТ ОИ

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.