#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 903

##### Ф.И.О: Иваненко Виктор Дмитриевич

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Запорожье ул. Олимпийская 18а - 21

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04.07.18 . по  12.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП II ст смешанного генеза, церебрастенический с-м. Препролифератиная диабетическая ретинопатия. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст в сочетании с инфекцией мочевыводящий путей. САГ 3 ст Железодефицитная анемия. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП II ст смешанного генеза, церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, увеличение веса на 8 кг за год, уменьшение кол-ва выделяемой мочи до 400-500мл/сут, отеки голеней, стоп, лица по утрам, повышение АД до 200/100 мм рт ст, одышку при ходьбе, боли в мышцах голеней, пекущие боли в подошвенной части стоп. частые головные боли. выраженную общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. при обследовании у терапевта. На «Д» учете не состоял ССТ не принимал. В 2015 в связи с ухудшением в состоянии, гипергликемией до 22 ммоль/л, кетоацидотическим состоянием, госпитализирован в ОИТ эндокриндиспансера, где впервые назначена инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з 20 ед, п/у 18 ед. В течение последнего месяца стал отмечать гипогликемические состояния с гликемией 4-3 ммоль/л, в связи с чем самостоятельно прекратил введение инсулина. С 2017 явления нефропатии: отеки, протеинурия, снижение СКФ. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает рамиприл 10 мг ,карведилол 25 мг, В 02.2018 находился на лечение в невролог. отд ЗОКБ по поводу ХБП. В анамнезе ДГЖ 1 ст Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.07 | 110 | 3,3 | 4,1 | 51 | |  | | 1 | 0 | 69 | 29 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.07 | 46,6 | 6,8 | 1,4 | 0,92 | 5,2 | | 6,4 | 7,0 | 157 | 10,9 | 2,4 | 3,0 | | 0,14 | 0,15 |

05.07.18 Глик. гемоглобин -5,4 %

05.07.18 общий белок – 52 г/л

05.07.18 К –4,31 ; Nа – 146 Са++ -1,17 С1 -104 ммоль/л

09.07.18 Ферритин: - 423,0 нг/мл ( 28-365) железо – 10,3 мкмоль/л ( 12,5-32,2) ТТГ – 3,19 мкМе/мл ( 0,4-4,0)

### 10.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 эрит 5-6-7 лейк – на ½ в п/зр белок – 1,96г/л ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр почеч 0-1, уретр 0-1, цлиндр геолин 3-4, зернситые – 1-2-3, слизь бактерии

11.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 1,919 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.07 |  |  | 4,5 | 6,8 |  |
| 05.07 | 4,6 | 6,8 |  |  |  |
| 09.07 |  | 6,0 | 7,4 | 5,7 |  |

10.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП II ст смешанного генеза, церебрастенический с-м.

10.07.18Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Препролифератиная диабетическая ретинопатия. Диабетический макулярный отек?. Незрелая катаракта ОД.

04.07.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

10.07.18 Кардиолог: САГ 3 ст. рек: карведилол 25 мг утром, хипотел 40 мг утром, амлодипин 5-10 мг веч. контроль выпитой и выделенной жидкости. Доследование ЭХОКС, конс нефролога.

04.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,5 см3; лев. д. V = 6,2 см3

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

Лечение: карведилол, рамиприл, асафен, фуросемид (в/в стр), торадив, фенигидин, хипотел, амлодипин,

Состояние больного при выписке: Показатели гликемии в пределах нормы. Несколько уменьшились отеки н/к, стабилизировалось АД сохраняется выраженная общая слабость. От дальнейшего контроля гликемии, дообследования ( проба Нечипоренко, УЗИ почек, конс нефролога) отказался, настаивает на выписке по семейным обстоятельствам.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5% Самоконтроль гликемии ежедневно при повышение гликемии рекомендовано Хумодар Б100Р в дозе 2-4 ед перед ужином под контролем врача эндокринолога по м/ж .
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии, креатинина, СКФ, общего белка, калия.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: хипотел 40-80 мг утром, карведилол 25 мг 1т утром. амлодипин 5-10 мг веч. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Торсид 10 мг 1т утром, нормазе 30 мг 1р/сут, сорбенты.
9. Сорбифер дурулес (тардиферрон) 1т 2р/д 1 мес контроль ОАК, в дальнейшем 1т в сут. Пациенту показано введение эпибиокринов.
10. УЗИ почек, конс нефролога.
11. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., актовегин 10,0 в/в № 10,
12. Рек. окулиста: дообследование в условиях глазного кабинета: ОСТ макулы, ФАГ на ОИ после выписки из стационара.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.