#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 278

##### Ф.И.О: Маловичко Николай Павлович

Год рождения: 1953

Место жительства: Великобелозерский р-н, с. В Белозерка ул. Центральная 329

Место работы: н/р , инв Ш гр

Находился на лечении с 26.02.18 по 10.03.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 3), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хронический пиелонефрит в стадии нестойкой ремиссии. САГ 1 ст. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный каодиосклреоз СН II ф.кл.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-10 ед., п/у-8 ед., Фармасулин НNP п/з 34 ед, п/у 14 ед. Гликемия –6,0-9,5 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг утром .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 |
| 27.02 | 153 | 5,0 | 6,5 | 5 | 2 | 1 | 67 | 24 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.02 | 72,5 | 4,94 | 1,89 | 1,09 | 2,98 | 3,5 | 6,8 | 102 | 10,6 | 2,6 | 1,03 | 0,29 | 0,42 |

27.02.18 Глик. гемоглобин – 8,8%

27.02.18 К –4,43 ; Nа –143 Са++ -1,21 С1 - 106 ммоль/л

### 27.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 5-7 в п/зр белок – 0,058 ацетон –отр; эпит. пл. ум- ; эпит. перех. -ед в п/зр

01.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5500 эритр - 250 белок – отр

05.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 850 эритр - 100 белок – отр

28.02.18 Суточная глюкозурия – 2,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 28.02.18 Микроальбуминурия –32,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.02 | 8,1 | 16,5 | 9,6 | 8,7 |  |
| 01.03 | 5,2 | 6,7 | 8,7 | 9,6 |  |
| 03.03 | 5,6 | 8,3 | 7,7 | 14,1 |  |
| 05.03 |  |  |  | 9,2 |  |

17.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 3),

27.02.17Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,6 ;. Гл. дно: сосуды сужены , извиты, склерозированы, вены уплотнены, множественные точечные геморрагии. Рефлекс в макуле сглажен. Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

03.03.18Кардиолог: САГ 1ст. Рек. кардиолога: лозап 25 мг 1р/д под контролем АД.

05.03.18 ЭХОКС(прилагается): расширение восходящей Ао с уплотнением стенок, увеличение полости левого предсердия. Гипертрофия ЛЖ, гипокинезия МЖП, ЗСЛЖ

02.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

27.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 нарушена.

05.03.18 Нефролог: ХБП II диаб. нефропатия, артериальная гиперетнзия.

26.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2см3; лев. д. V =5,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: . Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

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

Лечение: атоксил, эналаприл, ципрофлоксацин, Фармасулин Н, Фармасулин НNP, тиогамма турбо, тивортин, витаксон, нуклео ЦМФ, диаформин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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 <6,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-14 ед., п/уж -8 ед., Фармасулин НNP п/з 34 ед, п/у 14 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек нефролога: провести УЗИ МВС, предстательной железы с послед. осмотром уролога.
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг 2р/д, кардиомагнил 75 мг р/д, Контроль АД, ЭХОКС в динамике .
10. Контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике. УЗИ контроль 1-2 р/год. Адекватная противогипертензивная терапия .
11. Диалипон 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.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.