#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 195

##### Ф.И.О: Царёв Олег Алексеевич

Год рождения: 1968

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Вознесенка ул. Чапаева 55

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 07.02.18 по 19.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия в/к и н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. стеноз ЗББА. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 185/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. (амарил) С 2008 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 15ед., п/у-8 ед., Протафан НМ п/з 20ед, п/у 10 ед. глюкофаж 500 мг 2р/д . Гликемия –4,0-16,0 ммоль/л. НвАIс – 8,8 %. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг. 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 |
| 08.02 | 145 | 4,7 | 7,2 | 2 | 1 | 2 | 65 | 25 | 7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.02 | 120,4 | 4,6 | 1,54 | 1,13 | 2,76 | 3,1 | 4,7 | 79 | 14,3 | 3,6 | 1,67 | 0,18 | 0,26 |

08.02.18 Амилаза 56 ,3

15.02.18 Глик. гемоглобин -8,6 %

08.02.18 АЧТЧ – 28,2 МНО 1,04 ПТИ 96 фибр 2,4

08.02.18 К – 4,42 ; Nа – 141Са++ - 1,21С1 103 ммоль/л

09.02.18 Проба Реберга: креатинин крови-82 мкмоль/л; креатинин мочи-15900 мкмоль/л; КФ- 93,9мл/мин; КР-99 %

### 08.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

09.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

09.02.18 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 09.02.18 Микроальбуминурия – 112,0/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.02 |  | 11,3 | 6,6 | 5,8 |
| 08.02 | 9,3 | 4,6 | 8,7 | 5,2 |
| 09.02 | 10,6 | 4,8 | 8,0 | 6,7 |
| 10.02 | 8,0 | 6,8 | 8,5 | 5,8 |
| 11.02 | 8,0 | 5,2 | 7,1 | 7,4 |
| 12.02 | 6,0 | 5,6 | 9,9 | 8,0 |
| 13.02 | 7,6 |  |  |  |
| 15.02 | 7,0 | 4,6 | 5,2 | 5,7 |

07.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 46).

07.02.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды извиты, , больше артерии, с-м Салюс 1 ст, ед. микроаневризмы. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.02.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. блокада передней ветви ЛНПГ

04.02.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь 1-II ст. Рек. кардиолога: ЭХОКС по м/ж, небивалол 5 мг 1р/д.

14.02.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. стеноз ЗББА.

15.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

14.02.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ЗББА справа 39-41%, слева 42-44% Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

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

Лечение: бисопролол, Актрапид НМ, Протафан НМ, нуклео ЦМФ, витаксон, актовегин, тиоктацид,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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 <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-14-16 ед., п/уж -6-8 ед., Протафан НМ п/з 20-22ед, п/у 12-1 4ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 мг - 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
5. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.