#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 257

##### Ф.И.О: Ивасюк Николай Михайлович

Год рождения: 1955

Место жительства: К-Днепровский р-н, пгт К- Днепровская ул, Ленина 149

Место работы: инв Ш гр пожизненно

Находился на лечении с 21.02.18 по 27 .02.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4 Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст ,смешанного генеза, церебрастенический с-м. Начальная катаракта ОИ

Жалобы при поступлении на боли в ногах в подошвенной области, онемение, гипогликемические состояния после физической нагрузки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. после стресса. Ранее принимал ССТ. С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на Генсулин Н, Генсулин Р. Комы отрицает В наст. время принимает:, Генсулин Н п/з 30 ед, п/у 30 ед Генсулин Р п/з 8ед п/у 10 ед. Гликемия –14,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г.. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает нормотенс 1т. 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 |
| 22.02. | 155 | 4,4 | 5,6 | 9 | 1 | 0 | 54 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 22.02 | 98 | 6,25 | 3,32 | 1,52 | 3,2 | 3,1 | 4,1 | 76 | 9,0 | 2,0 | 2,2 | 1,4 | 2,4 |

23.02.18 Глик. гемоглобин – 6,9%

23.02.18 ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 69,1 (0-30) МЕ/мл

### 22.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

26.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3000 эритр - белок – отр

26.02.18 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – отр

##### 26.02.18 Микроальбуминурия –57,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.02 | 6,0 | 4,7 | 6,9 | 7,7 |
| 24.02 | 5,8 | 7,7 | 5,5 | 5,1 |
| 26.02 |  |  |  | 4,7 |

22.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДЭП 1 ст ,смешанного генеза, церебрастенический с-м.. рек: вит гр В, нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес

22.02.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,5сф + 0,75д=0,6 .

Гл. дно: вены широкие полнокровны, артерии сужены, извиты, ед микроаневризмы слева. Д-з: Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ

14.02.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

22.02.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4

Рек. кардиолога: нолпипрел би форте 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. ж.

26.02.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

22.02.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

23.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

21.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1 см3; лев. д. V = 4,7 см3

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

Лечение: Генсулин Н, диаформин, тиогамма, тризипин, магникор, аторвакор, лесфаль пирацетам, эналаприл

Состояние больного при выписке: За период лечения проводилась коррекция инсулинотерапии, отменен Генсулин Р (у больного, в амб. условиях отмечались гипогликемические состояния). Уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. 26.02.18 в 21.10 дежурным врачом ОИТ зарегистрирован факт алкогольного опьянения, о чем имеется запись в истории болезни. Пациент самовольно покинул отделение без уведомления персонала.

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: Генсулин Н п/з-30 ед., п/уж -30 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. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д , магникор (кардиомагнил) 75 мг веч Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,
9. Определение Т4св.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.