#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1302

##### Ф.И.О: Назаренко Алексей Васильевич

Год рождения: 1955

Место жительства: В-Белозерка, Зеленая 8-1

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 11.10.13 по 24.10.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, декомпенсация. Артифакия ОД. Начальная катаракта ОS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулярный отек ОИ. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисметаболическая, дисциркуляторная энцефалопатия I, цефалгический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия V ст. ХБП IV ст. Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Железодефицитная анемия. Кисты левой почки.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2010 – комбинированная терапия. С 2011 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 24ед., п/у-14 ед. Гликемия –5,0-12,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012. Боли в н/к в течение 11 лет. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.10.13Общ. ан. крови Нв – 97 г/л эритр –3,1 лейк 5,2 СОЭ – 32 мм/час

э- 2% п-2 % с- 65% л- 30 % м- 2%

17.10.13Общ. ан. крови Нв – 115 г/л эритр –3,66 лейк 6,4 СОЭ – 27 мм/час

э- 4% п-0 % с- 60% л- 31 % м- 5%

14.10.13Биохимия: СКФ –18,3 мл./мин., хол –8,82 тригл -3,06 ХСЛПВП -1,29 ХСЛПНП -6,1 Катер -5,8 мочевина –17,5 креатинин – 463 бил общ – 15,5 бил пр – 3,2 тим –1,0 АСТ – 0,37 АЛТ –0,28 ммоль/л;

17.10.13 мочевина 17,7 креатинин 403

15.10.13Глик. гемоглобин -9,9 %

14.10.13Анализ крови на RW- отр

### 14.10.13Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - эпит. перех. - в п/зр

16.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6750 эритр -1500 белок – 1,23

14.10.13Суточная глюкозурия – 0,92%; Суточная протеинурия – 3,08 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.10 | 12,2 | 14,0 | 16,4 | 11,7 |
| 15.10 | 6,6 | 13,5 | 14,4 | 14,3 |
| 18.10 | 5,6 | 7,8 |  | 9,7 |
| 23.10 |  |  |  |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисметаболическая, дисциркуляторная энцефалопатия I, цефалгический с-м.

Окулист: VIS OD= 0,1 н/к OS= 0,2н/к ; ВГД OD=20 OS=20

Помутнения в хрусталике Оs. Артифакия ОД. Единичные микроаневризмы, отек сетчатки ив макулярной области ОИ, Множественные лазеркоагулянты.. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Артифакия ОД. Начальная катаракта ОS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулярный отек ОИ.

ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ЛЖ.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Нефролог: ХБП IV ст, диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия, анемия. Кисты левой почки.

Гематолог: Железодефицитная анемия.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме почек, мелких кист в левой почке.

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Эналаприл, трифас, фозикард, Хумодар Б100Р, тиогамма, актовегин, нейрорубин, фенигидин, метоклопромид.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/90 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 28-30ед., п/у-16-18 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, амлодипин 10 мг веч. Контроль АД, ЭКГ.
8. В наст. время: Фозикард 20 мг утром. Контр. АД.
9. Нормазе 30 мл утром.
10. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. Адекватная гипотензивная терапия. Препараты железа, лактулозы. Решить вопрос назначения ретропоетина при ухудшении состояния направить на диализную комиссию..
12. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., Дебизилат кальция 1т 3р/д. нормофтал 1т 2р/д.
13. Рек. гематолога: тардиферон 1т./д. утр. 3 мес., контроль ан крови 1р/3 мес.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.