#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 472

##### Ф.И.О: Сергеев Валерий Леонтьевич

Год рождения: 1949

Место жительства: г. Мелитополь, ул. Гагарина, 3-233

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 29.03.13 по 12.04.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, стенокардия напряжения, III ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на боли в поясничной области, боли колющего хар-ра в прекардиальной области, «чувство нехватки воздуха»,сухость во рту, жажду, полиурию, прибавка веса на 3 кг за 4 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор). В ноябре 2012 мо м/ж переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 20ед., п/о-20 ед., п/у- 20ед., Хумодар Б100Р. 22.00 -20 ед. на препараты метформина отмечает боли в животе, горечь во рту. Гликемия –14,0-17,0 ммоль/л. НвАIс – 11,2 %. Боли в н/к в течение 7лет. Повышение АД в течение 9лет. Гипотензивные препараты не принимает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.03.13Общ. ан. крови Нв –149 г/л эритр – 4,6 лейк – 4,8 СОЭ – 8 мм/час

э-1 % п-1 % с-64 % л-31 % м-3 %

29.03.13Биохимия: хол –8,3 мочевина –6,4 креатинин –9,4 бил общ –19,8 бил пр –4,5 тим –1,2 АСТ –0,36 АЛТ –0,3 ммоль/л;

29.03.13Анализ крови на RW- отр

05.04.13ТТГ – (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл

29.03.13Гемогл – 148 ; гематокр –0,48 ; общ. белок – 92 г/л; К –4,54 ; Nа –131 ммоль/л

29.03.13Коагулограмма: вр. сверт. –7 мин.; ПТИ –93 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин –4\*10-4

31.03.13Проба Реберга: Д-3,8 л, d-2,6 мл/мин., S-2,23 кв.м, креатинин крови- 100 мкмоль/л; креатинин мочи-5330 мкмоль/л; КФ-107,5 мл/мин; КР-97,6 %

### 29.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –1-2-3 в п/зр белок – 0,057 ацетон –1+; эпит. пл. –ед в п/зр

30.03.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

31.03.13Суточная глюкозурия – 0,55 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.04.13Микроальбуминурия –226,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 16.00 | 17.00 | 20.00 | 21.00 |
| 29.03 |  |  |  | 9,9 |  | 6,8 |  | 6,7 |
| 30.03 | 8,6 |  |  | 8,8 |  | 6,7 |  | 7,8 |
| 31.03 | 7,9 |  |  | 7,5 |  | 6,5 |  | 7,2 |
| 01.04 | 8,7 |  |  | 9,3 |  | 5,5 |  | 8,3 |
| 04.04 |  | 6,5 | 9,0 |  | 3,9 | 5,5 | 11,1 |  |
| 05.04 |  |  |  |  | 5,3 |  |  |  |
| 06.04 |  | 8,4 | 8,5 |  | 7,7 |  | 6,6 |  |
| 09.04 |  | 7,2 | 9,0 |  | 8,6 |  | 9,1 |  |
| 10.04 |  | 7,7 |  |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсо-моторная форма.

Окулист: осмотр в ОИТ

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены неравномерно расширены. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.03.13ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, III ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.04.13РВГ:. Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

28.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V = 6,2см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р энетеросгель, ксилат, тиоктацид, ККБ, трисоль, актовегин, гепарин, торвокард, сенадексин, актовегин, генсулин Н, Генсулин R, кардикет.

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больной переведен Генсулин Н, Генсулин R. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст. Учитывая планируемое вмешательство по поводу трансплантации искусственного т/бедренного сустава, пациенту подобрана интенсивная схема инсулинотерапии.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: генсулин R п/з-18-20 ед., п/о- 16-18ед., п/у-18-20 ед., генсулин Н 22.00 18-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 20мг ) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардикет 20 г ½ т \*2р/д, небилет 2,5 -5 мг \* 2 р/д, кардиомагнил 75мг 1т. веч., аторвастатин 10 мг\*1р/сут. при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС суточное мониторирование ЭКГ.
8. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. до 2 мес мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.