|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 378

##### Ф.И.О: Арсланов Наиль Ахмедович

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Энергодар ул. Скифская 28

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 13.03.13 по 27.03.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IIIст. ХПН 0. Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рецидивирующий гемофтальм OS. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диабетическая энцефалопатия II. Вестибуло–атактический с-м. Цереброастенический с-м. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. CH I. С-м ВСД. Хронический холецистит в стадии нестойко ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит без болевого и диспепсического синдрома в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, онемение н/к, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП, без эффекта. Ранее больному предлагался перевод на ИТ. Больной воздерживался. В наст. время принимает: диабетон МR 1т. сиофор 1000 1т/утром.

Гликемия –11,5-17,5 ммоль/л. Боли в н/к в течение около 5 лет. ФЭГДС закл: 26.02.13 эрозивный эзофагит. ГЭР недостаточность IIст.

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.03.13Общ. ан. крови Нв – 158 г/л эритр – 4,7 лейк – 6,2 СОЭ – 28 мм/час

э-1 % п-64 % с- 1% л- 31 % м- 3%

14.03.13Биохимия: СКФ –63,5 мл./мин., хол –4,49 тригл -1,65 ХСЛПВП -1,3 ХСЛПНП -2,4 Катер -2,45 мочевина –4,6 креатинин –102,0 бил общ –15,0 бил пр –4,2 тим –2,1 АСТ – 0,10 АЛТ – 0,25 ммоль/л;

14.03.13Анализ крови на RW- отр

14.03.13Глик. гемоглобин – 11,2%

### 14.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

15.03.13Суточная глюкозурия – 3,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.03.13Микроальбуминурия –91,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.03 |  |  |  | 19,9 | 20,6 |
| 14.03 | 12,8 | 15,4 | 12,0 |  |  |
| 15.03 | 11,0 | 13,2 |  |  |  |
| 17.03 | 9,6 | 13,8 | 9,5 | 10,4 |  |
| 19.03 |  |  | 11,0 |  |  |
| 20.03 | 8,0 | 10,3 | 11,4 | 13,2 |  |
| 22.03 | 7,0 | 9,0 | 11,1 |  |  |
| 24.03 | 9,0 | 10,9 | 10,5 | 13,5 |  |
| 25.03 |  |  |  | 8,2 |  |
| 26.03 | 7,3 | 9,0 | 7,8 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсорная форма Диабетическая энцефалопатия II. Вестибуло–атактический синдром. Цереброастенический с-м.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=движение рук у лица ; ВГД OD= 20 OS=19

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: под густым флёром детали не офтальмоскопируються. Численные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Экссудативные очаги. Аномалии венозных сосудов (извитость, значительные колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рецидивирующий гемофтальм OS.

21.03.13ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочной области.

Кардиолог: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. CH I. С-м ВСД.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хронический холецистит в стадии нестойко ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит без болевого и диспетического синдрома в стадии обострения.

14.03.13РВГ: Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

14.03.13Допплерография: ЛПИ справа –0,9 , ЛПИ слева –1,0 . Нарушение кровообращения по а. tibialis роst справа I ст., слева –N.

14.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,1см3; лев. д. V = 7,4 см3

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

Лечение: Инсуман Базал, дицинон, диалипон, витаксон, тиоцетам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 100/70 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: Инсуман Базал п/з- 34ед., п/у- 6ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: кардиомагнил 1 т. вечер, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД.
7. Диалипон 600 мг/сут. 3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в №10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
9. Рек. окулиста: эмоксипин 2к. \*3р/д. в ОИ, дицинон 1т. 3р/д., йодистый калий 2% 2к 3р в день в ОИ. Конс. лазерного хирурга.
10. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, Де-Нол 2т 2р/д. за 30 минут до еды, даларгин 1,0 в/м 10 дней, фосфалюгель 1т 3 р/д ч/з 30-40 минут после еды 2 недели.

##### Леч. врач Ермоленко В.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. Врач Черникова В.В.