#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 507

##### Ф.И.О: Михайлюк Юрий Леонидович

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Запорожье, ул. Грязнова 1а кв 50

Место работы: пенсионер, инв II гр.

Находился на лечении с 10.04.14 по 23.04.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Атеросклероз стенозирующая форма, с сохранением проходимости периферического русла. Диабетическая нефропатия IIIст. ХБП I ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ИБС, диффузный кардиосклероз, неполная блокада ПНПГ. СН I. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, полиурию, онемение ног, отеки н/к, никтурия о 3-4 за ночь.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2008 инсулинотерапия. Ранее принимал Хумодар, Фармасулин. В 2012 в усл 4 гор б-цы ввиду стойкой гипергликемии переведен на Новорапид, Левемир. На фоне приема препаратов метформинового ряда отмечает послабление стула.В наст. время принимает: Новорапид п/з-12 ед., п/о-12 ед., п/у-12 ед., Левемир п/3 – 30 ед, 21.00-20 ед.. Последнее стац. лечение в 11.2013г в усл энд отд 4-й гор. больницы. Гликемия –14,4 ммоль/л. НвАIс - 9,5% от 02.14 по м\ж. Боли в н/к в течение 4-5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.04.14 Общ. ан. крови Нв – 169 г/л эритр –5,1 лейк – 7,8 СОЭ –10 мм/час

э- 5% п- 0% с-66 % л-26 % м- 3%

11.04.14 Биохимия: СКФ –79 мл./мин., хол –4,5 тригл -1,57 ХСЛПВП -1,16 ХСЛПНП – 2,62Катер -2,87 мочевина – 7,2 креатинин –118 бил общ –13,0 бил пр –3,2 тим –1,1 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,44 ммоль/л;

14.04.14 тропонины – отр.

### 11.04.14 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

16.04.14 Суточная глюкозурия – 3,92%; Суточная протеинурия – отр

##### 16.04.14 Микроальбуминурия –111,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.04 | 8,8 | 12,5 | 11,1 | 14,0 |
| 14.04 | 12,4 | 13,8 | 5,6 | 10,7 |
| 17.04 | 12,7 | 16,7 | 15,0 | 17,3 |
| 18.04 2.00-9,8 |  |  |  |  |
| 19.04 | 10,2 | 8,7 | 9,0 | 15,2 |
| 22.04 | 8,7 |  |  | 14,5 |

Гипергликемия обусловлена нарушением режима питания

14.04Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.04ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо. Позиция вертикальная. Блокада задней ветви ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Очаговые изменений верхушечно-боковой области. НА предыдущих ЭКГ данные те же.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, неполная блокада ПНПГ. СН I.

21.03.14 (ЗОКБ)Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Атеросклероз стенозирующая форма, с сохранением проходимости периферического русла.

Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

11.04РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

10.04УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1см3; лев. д. V =5,9 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, метамакс.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст. Боли в сердце не рецидивировали. С пациентом проведена беседа о необходимости соблюдения режима питания при сахарном диабете.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-16-18 ед., п/о- 16-18ед., п/уж -16-18 ед., Левемир п/з 32-34 22.00 – 22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес.
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. до 2мес.
10. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год.
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.