#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 530

##### Ф.И.О: Северин Юрий Николаевич

Год рождения: 1960

Место жительства: Г-Поле, ул. Цветная 10/50

Место работы: Комсомольская врачебная амбулатория центра первичной медико-санитарной помощи, зав.отд, инв Ш гр.

Находился на лечении с 15.04.14 по 24.04.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, субкомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Диабетическая энцефалопатия II, Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Глазной ишемический синдром ОИ. Хроническая ишемическая оптикопатия ОИ. Вторичная пленчатая катаракта ОИ. ДДПП (протрузия L4-L5). Люмбалгия, корешковый с-м, L5слева. Вестибуло-патический с-м на фоне ДДПП ШОП. Метаболическая кардиомиопатия, аритмия (анамнестически) СН 0-1. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, глюкофаж). В наст. время принимает: Амарил 4 мг утром, сиофор 500мг утром, 1000 мг веч. Гликемия –7,0-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 9 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.04.14 Общ. ан. крови Нв –153 г/л эритр – 4,6 лейк – 4,9 СОЭ –25 мм/час

э-0% п-0% с- 63% л- 34 % м- 3%

16.04.14 Биохимия: СКФ –115 мл./мин., хол –6,8 тригл -4,12 ХСЛПВП -1,09 ХСЛПНП -3,83 Катер -5,23 мочевина –10,3 креатинин –101 бил общ –13,8 бил пр –3,4 тим –2,4 АСТ – 0,28 АЛТ –0,16 ммоль/л;

16.04.14 Глик. гемоглобин -8,9 %

18.04.14 К – 3,7 ; Nа – 136, Са -2,2 ммоль/л

### 16.04.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ум в п/зр

17.04.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 18.04.14 Микроальбуминурия –14,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.04 | 6,7 |  | 5,2 | 6,8 |
| 17.04 |  | 6,8 |  |  |
| 22.04 | 8,6 | 9,5 | 5,7 | 7,8 |

18.04Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Диабетическая энцефалопатия II. Вестибулопатический с-м на фоне ДДПП ШОП. ДДПП (протрузия L4-L5 относительный стеноз ПОП на уровне L3 Spina bifida S1). Люмбалгия, корешковый с-м, L5слева.

15.03Окулист: VIS OD= 0,3 н/к OS= 0,1 н/к ; ВГД OD= 22 OS=22

Артифакия ОИ. Вторичная пленчатая катаракта ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Множественные лазеркоагулянты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). ДЗН бледные с высокой деколорацией. Д-з: Глазной ишемический синдром ОИ. Хроническая ишемическая оптикопатия ОИ. Вторичная пленчатая катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ.

15.04ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

18.04Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия, аритмия (анамнестически) СН 0-1.

22.04.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

17.04.14КТ-пояснично-кресцевого отдела позвоночника: КТ признаки дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника, протрузия диска L4-L5. Относительного стеноза поясничного отдела позвоночника на уровне L3. Spina bifida S1

16.04РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

15.04УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2 см3; лев. д. V = 7,8 см3

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

Лечение: Амарил, сиофор, спироналоктон, церебролизин, тиоктацид, актовегин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: амарил (диапирид, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

сиофор (диаформин, глюкофаж) п/з -500мг п/уж – 1000 мг.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 2,0 в/м № 10 затем 1т. \*2р/д 20 дней, сенарта 2,0 /м ч/з день № 15-20(Дона)
7. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д.
8. Б/л серия. АГВ № 2343 с 15.04.14 по 24.04.14. К труду 25.04.14г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.