#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1496

##### Ф.И.О: Постригач Игорь Борисович

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье, ул. Полякова 13-106

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 27.11.14 по 10.12.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия III. Отдаленные последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в стволе головного мозга, пр. гемисферы мозжечка (2001). С-м правосторонней гемиатаксии. Метаболическая кардиомиопатия. Наджелудочковая экстрасистолия СН 1. Артериальная гипертензия II ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/110 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП .С 2003 комбинированная инсулинотерапия. В наст. время принимает: Левемир п/з- 20ед., амарил 2 мг утром. Гликемия –9,8-11,0 ммоль/л. Hв – 7,6% от 10.11.14Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 5лет. Повышение АД в течение 12 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.11.14 Общ. ан. крови Нв – 176 г/л эритр – 5,4 лейк –4,6 СОЭ – 2 мм/час

э- 2% п- 0% с- 50% л-43 % м-5 %

28.11.14 Биохимия: СКФ – 121 мл./мин., хол –5,7 тригл – 3,10ХСЛПВП -0,92 ХСЛПНП – 3,37Катер -5,2 мочевина – 6,8 креатинин –88,8 бил общ –9,4 бил пр –2,4 тим – 4,2 АСТ – 0,40 АЛТ – 0,98 ммоль/л;

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

01.12.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 01.12.14 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.11 | 9,5 | 9,4 | 8,4 | 10,8 |
| 03.12 | 7,3 | 9,3 | 4,9 | 8,1 |
| 07.12 | 7,3 | 10,9 | 5,9 | 8,3 |
|  |  |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия III. Отдаленные последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта в стволе головного мозга, пр. гемисферы мозжечка (2001). С-м правосторонней гемиатаксии. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

27.11.14Окулист: VIS OD=0,6 OS= 0,6 .

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

27.11.14ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, суправентрикулярная экстрасистолия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

27.11.14Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. Наджелудочковая экстрасистолия СН 1. Артериальная гипертензия II ст.

04.12.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.12.14РВГ: Нарушение кровообращения справа –IIст, слева –I-II ст., тонус сосудов N.

03.12.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, микролитов в почках, изменений диффузного типа в паренхиме простаты без увеличения объема остаточной мочи.

26.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2см3; лев. д. V = 6,9см3

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

Лечение: амарил, Левемир, тиоктацид, мильгамма, нуклео ЦМФ, актовегин

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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. Инсулинотерапия: Левемир п/уж -25-27 ед.

ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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: кардиомагнил 75мг 1т. веч., бисопролол 5 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
7. Рек. невропатолога: цераксон 500 мг 2р\сут 1,5 мес. церебролизин 10,0 в/в стр № 10
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. 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 Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.