#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 835

##### Ф.И.О: Петрашин Леонид Григорьевич

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье, ул. Б Винтера 48-17

Место работы: н/р

Находился на лечении с 07.07.14 по 19.07.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (гипертоническая, атеросклеротическая, диабетическая) преимущественно в ВБС. С-м церебральной атрофии (МРТ 19.08.13) малые мозговые ишемический инсульты ( 2010, 2011) в стволе головного мозга с обратимой симптоматикой. НАС – гепатоз. Гепаомегалия. Хронический панкреатит средней степени тяжести с умеренной выраженной внешнесекреторной и инкреторной недостаточностью. Хронический безкаменный холецистит, средней степени тяжести вне обострения. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Глимакс 4 мг, глюкофаж 1000мг \*2р\д. Гликемия –14,2-15,2 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает лозап 100 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.07.14 Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр –4,4 лейк –4,0 СОЭ –9 мм/час

э-0 % п- 0% с66- % л- 28% м-5 %

08.07.14 Биохимия: СКФ – 90,8мл./мин., хол –7,1 тригл -6,96 ХСЛПВП -2,03 ХСЛПНП -1,90 Катер -1,9 мочевина –5,6 креатинин –112 бил общ – 10,2 бил пр –5,4 тим –18,4 АСТ – 1, АЛТ – 1,17 ммоль/л;

18.07.14 Биохимия: СКФ –90 мл./мин., хол –7,26 тригл -2,66 ХСЛПВП -1,17 ХСЛПНП -4,88 Катер – 5,2мочевина –5,3 креатинин – 113 бил общ – 13,7 бил пр –3,4 тим –7,8 АСТ – 0,27 АЛТ – 0,45 ммоль/л;

08.07.14 Анализ крови на RW- отр

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

09.07.14 Суточная глюкозурия – 4,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 11.07.14 Микроальбуминурия –23,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.07 | 12,3 | 12,7 | 11,6 | 9,9, |  |
| 10.07 |  | 11,6 | 12,0 | 12,9 | 9,6 |
| 11.07 | 9,9 | 11,3 | 10,9 |  |  |
| 13.07 | 12,5 | 13,5 | 15,2 | 12,7 |  |
| 15.07 | 12,5 | 12,2 | 12,5 | 12,7 |  |
| 17.07 |  |  | 8,9 | 10,4 |  |
| 18.07 | 9,5 | 12,6 |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (гипертоническая, атеросклеротическая, диабетическая) преимущественно в ВБС. С-м церебральной атрофии (МРТ 19.08.13) малые мозговые ишемический инсульты ( 2010, 2011) в стволе головного мозга с обратимой симптоматикой. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

07.07.ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: врач на б/л

Гастроэнтеролог НАС – гепатоз. Гепаомегалия. Хронический панкреатит средней степени тяжести с умеренной выраженной внешнесекреторной и инкреторной недостаточностью. Хронический безкаменный холецистит, средней степени тяжести вне обострения.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.07.ФГ № 79281 : без патологии.

08.07.РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

17.07.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2 ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

08.07.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,5 см3; лев. д. V =3,5 см3

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

Лечение: глюкоза 40%, Генсулин Н, эналаприл, диапирид, диаформин, тиоцетам, солкосерил, мильгамма, нуклео ЦМФ, стеатель, тиоктацид.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-18-20 ед., п/уж -14-16 ед. Генсулин Р п/з – 4-6 ед, п/уж 4-6 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Эналаприл 10 мг 2р\д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
9. Рек. невропатолога: цераксон 500 мг в/м № 10, затем 50 мг/сут 1,5 мес., габагамма 300 мг/сут.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Конс кардиолога по м\ж.
12. Гепатопротекторы в течении месяца контр печеночных проб ч/з 1 мес.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.