#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 911

##### Ф.И.О: Лабинский Александр Валерьевич

Год рождения: 1969

Место жительства: Запорожский р-н. с. Ивано- Анновка, ул. Освобожденная 25

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 22.07.14 по 31.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Вертеброгенная люмбоишалгия с радикулопатией L5-S1 с 2х сторон. Нестабильность в сегменте L5-S1. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., отеки стоп, слабость в мышцах н/к, боли в пояснично-крестцовом отд позвоночника, сонливость, общая слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор). В свзяи со стойкой декомпенсацией в 2010 был переведен на комбинированную инсулинотерапию в усл. эндокриндиспансера. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-32 ед., п/у- 14 ед. Генсулин Р п/з – 8 ед, п/у – 6 ед. Метамин SR 1000 \*2р/д, Гликемия –8-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает лозап 100 мг, кардиомагнил 75 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.07.14 Общ. ан. крови Нв – 170 г/л эритр – 5,1 лейк – 5,1СОЭ – 11 мм/час

э- 4% п-0 % с-59 % л- 28% м-9 %

23.07.14 Биохимия: СКФ –137 мл./мин., хол –5,0 тригл -1,70 ХСЛПВП – 1,26ХСЛПНП – 2,96 Катер -3,0 мочевина –4,8 креатинин –87 бил общ –16,3 бил пр –4,0 тим –1,8 АСТ –0,31 АЛТ –0,30 ммоль/л;

21.07.14 тропонин I <0.20 нг/мл (<1,00).

25.07.14 К – 3,3 ; Nа – 142 Са -2,2 ммоль/л

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

25.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

24.07.14 Суточная глюкозурия – 1,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 25.07.14 Микроальбуминурия –69,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.07 | 7,5 | 12,1 | 10,6 | 8,7 |
| 25.07 | 8,3 | 10,2 | 13,8 |  |
| 29.07 |  | 9,8 | 6,8 | 7,5 |

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Артерии сужены, Склеротические изменения. Салюс 1.. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

23.07ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка с нарушением коронарного кровообращения боковой стенки ЛЖ . ВV1-V3 регистрируется подъем SТ над изолинией ( ишемия)

28.07ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение коронарного кровообращения боковой стенки ЛЖ В V1-V3 регистрируется подъем SТ 1 мм ( ишемия?).

25.07.14 Р-гр ПОП определяется снижение высоты межпозвонкового диска L5-S1, смещение L5 кзади на 0,4 см.

24.07.14 осмотр нейрохирурга Ксензова А.Ю.: Вертеброгенная люмбоишалгия с радикулопатией L5-S1 с 2х сторон. Нестабильность в сегменте L5-S1. Рекомендовано : для уточнения диагноза и тактики лечения необходимо проведение МРТ поясничного отдела позвоночника и проведение Р-гр поясничного отдела позвоночника с функциональными пробами ( сгибание-разгибание)

21.07.Кардиолог: рекомендовано предоставить предыдущие ЭКГ.

22.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.07.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

28.07УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,3 см3; лев. д. V = 7,5 см3

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

Лечение: Лозап, кардиомагнил, индапрес, Генсулин R, Генсулин Н, берлитион, нейробион, диклоберл.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к и пояснично-крестцовом отделе позвоночника. АД 130/80-165/90 мм рт. ст. Загрудинных болей не отмечает, сохраняются подъемы ST в V1-V3.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 34-35ед., п/уж -14-16 ед., Генсулин R п/з- 12-14ед., п/уж – 6-8ед., Метамин SR 1000 мг 2р/д.
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. Лозап 100 мгутром, индапрес 1 т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД. Препараты калия, контр калия. Осмотр кардиолога по м/ж дял определения дальнейшей тактики ведения.
8. Рек кардиолога: нолипрел форте 1т утром, предуктал MR 1т 2р\д, изокет спрей ри болях в сердце, ливазо 2мг веч.
9. Берлитион ( диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес..

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.