#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 730

##### Ф.И.О: Мищенко Валерий Васильевич

Год рождения: 1963

Место жительства: Гуляйпольский р-н. Г-Поле, ул. Потайная 32

Место работы: Гуляйпольский коллегиум «Лидер», охранник.

Находился на лечении с 10 .06.14 по 02.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Диабетический макулярный отек OS. Эпиретинальная мембрана ОД. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Церебро-васкулярный пороксизмы в анамнезе по типу ТИА. Вестибуло-атактический с-м. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 1ст, узел правой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, амарил, сиофор). Со слов больного около 2 нед назад в связи с гипергликемией переведен на диаглизид MR. В наст. время принимает: диаглизид MR 60 мг утром , глюкофаж 1000 \*2о\сут. Гликемия –11,4-10,5 ммоль/л. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг, эналаприл 20 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.06.14 Общ. ан. крови Нв – 130 г/л эритр – 4,1 лейк –6,2 СОЭ –17 мм/час

э- 0% п- 0% с- 66% л- 30 % м-4 %

11.06.14 Биохимия: СКФ –93,33 мл./мин., хол –5,62 тригл – 1,84ХСЛПВП -1,25ХСЛПНП – 3,53Катер -3,5 мочевина –8,0 креатинин – 102 бил общ –13,0 бил пр –3,2 тим – 1,2 АСТ – 0,19 АЛТ –0,16 ммоль/л;

13.06.14ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 17,1 (0-30) МЕ/мл

26.06.14 Анализ крови на RW- отр

13.06.14 К – 5,0 ; Nа – 137 ммоль/л

### 11.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

16.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 250 белок – отр

12.06.14 Суточная глюкозурия – 3,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.06.14 Микроальбуминурия –150,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.06 | 9,0 | 10,2 | 10,8 | 12,5 |  |
| 13.06 | 6,0 | 12,1 |  |  |  |
| 15.06 | 5,7 | 6,9 | 11,1 | 14,1 | 6,8 |
| 18.06 | 5,0 | 12,5 | 13,0 | 11,3 |  |
| 23.06 |  | 12,8 | 8,4 |  |  |
| 24.06 |  | 12,0 | 7,8 |  |  |
| 25.06 2.00-3,5 |  | 9,1 | 8,0 | 7,5 |  |
| 26.06 2.00-3,5 | 5,9 | 9,7 |  |  |  |
| 27.06 2.00 -3,8 |  |  |  |  |  |
| 29.06 | 6,8 | 9,0 | 8,7 | 8,0 |  |

13.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Церебро-васкулярный пороксизмы в анамнезе по типу ТИА. Вестибуло-атактический с-м.

10.06Окулист: VIS OD= 0,005+2,0=0,01 OS= 0,01+2,0=0,1 ; ВГД OD= 22 OS=19

Множественные микроаневризмы, ретинальные кровоизлияния, экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Неоваскуляризация ДЗН, фиброз тканей. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Диабетический макулярный отек OS. Эпиретинальная мембрана ОД.

10.06ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

11.06Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

11.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.06РВГ: Нарушение кровообращения справа –II-Ш, слева II ст., тонус сосудов N.

10.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,1см3; лев. д. V =8,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В пр доле в/3 гидрофильный узел 0,78\*0,69см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: мелкий узел правой доли.

Лечение: глюкофаж, амлодипин, диаглизид, эналаприл, тиоктацид, витаксон, торвакард, аспекард, индапрес, Генсулин Н, Генсулин Р, лира, гинетон,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая заключение окулиста, больному рекомендовано введение инсулина при помощи шприц ручки 9 (выданы биатон-пен 2 шт), выдача инсулина по м/ж в пенфильной форме.

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- 18-20ед., Генсулин R п/з 10-12 ед, п/у -4-6 ед .

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: небилет 2,5-5 мг\*1р/сут. Контроль АД, ЭКГ.
4. Эналаприл 10 мг 2р/д, индапрес 2,5 мг утром.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д..
6. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга, последующая конс. невропатолога.
7. УЗИ щит. железы ч/з 3-6 мес. ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д., дицинон 1т. 3р/д., эмоксипин 2к. \*3р/д. в ОИ,.
9. Б/л серия. АГВ № 234456 с 10.06.14 по 01.07.14. К труду 02.07.14г. Направить больного на ВКК для решения вопроса об утрате трудоспособности.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.