#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1213

##### Ф.И.О: Ильницкий Владимир Зиновьевич

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Запорожье, ул Космическая 101 кв 9

Место работы:

Находился на лечении с 02.10.14 по 14.10.14 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к IV, СПО Экзартикуляция 1, II п правой стопы. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, ТИА в системе каротит справа (2007). Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешанная форма. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Очень высокий риск. Гипертрофия левого желудочка.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., учащенное мочеиспускание.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2005 инсулинотерапия. В 2012 чрезплюсневая ампутация 1п пр стопы, II п правой стопы (3-я гор. больница). В наст. время принимает: Эпайдра п/з-9 ед., п/о- 12ед., п/у- 9ед., Лантус 22.00 -44 ед. Гликемия –9-20,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 18 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол, престариум. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.10.14 Общ. ан. крови Нв –153 г/л эритр – 4,8 лейк –6,2 СОЭ – 12 мм/час

э- 8% п-1 % с-55 % л- 29% м-7 %

03.10.14 Биохимия: СКФ –106 мл./мин., хол –4,62 тригл -3,41 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -1,81 Катер -2,7 мочевина –7,4 креатинин –90 бил общ –9,0 бил пр –2,2 тим –2,7 АСТ –0,39 АЛТ –4,0 ммоль/л;

### 03.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –1-3 в п/зр белок – 0,054 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

10.10.14 Суточная глюкозурия – 0,28%; Суточная протеинурия – отр

##### 10.10.14 Микроальбуминурия – 67,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.10 | 10,2 | 8,6 | 12,1 |  |
| 08.10 | 9,9 | 7,1 | 5,4 | 8,5 |
| 10.10 | 9,1 |  |  |  |
| 14.10 | 6,0 |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, ТИА в системе каротит справа (2007). Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешанная форма.

03.10.14Окулист: Осмотр в палате

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

02.10.14ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось горизонтальная. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка с нарушением коронарного кровообращения заднебоковой стенки ЛЖ. Ишемия миокарда в области перегородки и верхушки (остроконечный з. Т V2-V4 и подъем ST)

07.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IV ст.

07.10.14 Хирург: диабетическая ангиопатия н/к ХН IV ст СПО экзартикуляция 1, II пальца павой стопы.

07.10.Осмотр асс каф терапии к.м.н. Ткаченко О.В.: СД, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма декомпенсация. ДЭП II. Хроническая полинейропатия сенсорная форма форма. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия н/к. Состояние после ампутации I, IIп. правой стопы). Диабетическая нефропатия Ш. ИБС диффузный кардиосклероз Сн1, ф.кл II, Гипертоническая болезнь II ст., 3 степени, очень высокий риск. Гипертрофия ЛЖ. СН1, ф. кл II.

10.10.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, Образование над передними верхними отделами правой почки (может представлять собой гиперплазированый надпочечники или краевой очаг – рекомендовано КТ).

07.10УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,3м3; лев. д. V = 8,2 см3

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

Лечение: престариум, бисопролол кардиомагнил, индапрес, Эпайдра, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 9-11ед., п/о-10-12 ед., п/уж -9-11 ед., Лантус 22.00 46-48 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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. Конс кардиолога по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, лира 1000 в/м № 10, глиятон 1000 в/м № 10, актовегин 10,0 в/в № 10.
10. Рек. хирурга: перевязки с пантестином.
11. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д.
12. С результатотм УЗИ ОБП конс уролога , нефролога по м/ж.
13. 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.

Нач. мед. Костина Т.К.