#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1288

##### Ф.И.О: Рубанович Виктор Евгеньевич

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье, пр. Ленина 214-12

Место работы: н/р

Находился на лечении с 16.10.14 по 30.10.14 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП IIст. Диабетическая нефропатия III ст. Начальная катаракта ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза. ДДПП на поясничном уровне (грыжа дисков L4-L5, L5-S1, дегенеративный стеноз позвоночного канала, гемангиома тела L4). С-м радикулопатии L5-S1, справа, легкий парез правой стопы, сенсорное расстройство, торпидный болевой с-м справа. ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м. Полип желудка, недостаточность кардии. Смешанный зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Остеоартроз коленных с-вов Rо I СФН I.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, амарил, глюкофаж). С 2011 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-3-4 ед., п/у- 4-6ед., Лантус п/з 32-34 ед. Узловой зоб с 2012 ТАПБ от 30.03.12 – узловой зоб. ТТГ -0,6 (0,3-4,0) АТТПО – 20,0 (0-30) от 08.12.13. Гликемия –8,0-16,0 ммоль/л. НвАIс – 7,5 % от 08.2014. Последнее стац. лечение в 2013г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.10.14 Общ. ан. крови Нв –158 г/л эритр – 4,8 лейк –5,9 СОЭ – 23 мм/час

э-1 % п- 1% с- 65% л- 32% м- 1%

29.10.14 Общ. ан. крови Нв –128 г/л эритр – 3,9 лейк – 6,4 СОЭ –10 мм/час

э- 6% п- 2% с- 52% л- 34% м- 6%

17.10.14 Биохимия: СКФ –64,7 мл./мин., хол –4,9 тригл -2,38 ХСЛПВП -0,88 ХСЛПНП -2,94 Катер -4,6 мочевина –8,4 креатинин –126 бил общ –12,0 бил пр –3,0 тим –8,7 АСТ –0,45 АЛТ –0,57 ммоль/л;

24.10.14 Амилаза – 75 (0-90) ед\л

### 22.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

21.10.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 24.10.14 Микроальбуминурия –153,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.10 | 7,7 | 8,2 | 6,3 | 9,6 |
| 24.10 | 6,8 | 8,0 | 8,2 | 9,2 |

22.10.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза. ДДПП на поясничном уровне (грыжа дисков L4-L5, L5-S1, дегенеративный стеноз позвоночного канала, гемангиома тела L4). С-м радикулопатии L5-S1, справа, легкий парез правой стопы, сенсорное расстройство, торпидный болевой с-м справа.

16.10.14Окулист: VIS OD= 0,1+2,0=1,0 OS= 0,1+2,0=1,0

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Гиперметропия слабой степени ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.10.14ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

16.10.14 ФГ№ 81818 без патологии.

27.10.14Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

28.10.14 Гастроэнетолог: . Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м. Полип желудка, недостаточность кардии

28.10.14ЭХО КС: КДР-5,22 см; КДО-130,8 мл; КСР- 3,3см; КСО- 44,1мл; УО-86,7 мл; МОК-5,6 л/мин.; ФВ- 66%; просвет корня аорты – с3,20м; ПЛП - 2,96см; МЖП –0,96 см; ЗСЛЖ –0,8см; ППЖ-0,99 см; ПЛЖ-5,22 см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты.

17.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.10.14.РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

27.10.14Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Данные на руках

27.10.14 Дупл сканирование брахиоцефальных артерий: данные на руках

24.10.14 ФГДЭС: недостаточность кардио. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эритематозная гастродуоденопатия. Полип желудка.

23.10.14 Р-скопия ОГК Закл: скользящая аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 1 степени малигнизирующаяся язва препилорического отдела ж-ка. Хр гастродуоденит. Дискинезия 12 .к. Косвенные признаки хр. панкреатита.

22.10.14 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с тенденцией к увеличения её размеров, застоя в желчном пузыре, микролитов в почках, гиперплазии, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ.

16.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 14,0 см3; лев. д. V =10,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В пр. доле в в/3 гидрофильный узел с 0,7 см. в левой доле в в/3 такой же узел 1,0\*0,64 см. В пр доле н/3 ихоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,74\*1,32 см с крупными кальцинатами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Узлы обеих долей.

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиогамма, актовегин, нуклео ЦМФ, нейрорубин, нолипрел форте.

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 34ед., п/уж 4-6ед., Лантус п/з 32-34ед.
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. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
8. тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р год.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д.
11. Рек. гастроэнтеролога: стол №5,9, режим питания, холоплант 2к 3рд за 30 мин до еды 1 мес, фосфалюгель или маалокс по 1п 3р\д ч\з 30-40 мин после еды 2 нед, де-нол(вис-нол) 2т 2р\д за 30 мин до еды 2 нед. Повторный осомтр после результатов биопсии.
12. 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.