#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 218

##### Ф.И.О: Козыряцкий Игорь Николаевич

Год рождения: 1958

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак, ул. Пролетарская 7, кВ 22

Место работы: н\р, инв II гр

Находился на лечении с 14.02.14 по 27.02.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к IV ст. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз (2006) СН1 ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, боли в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. Принимал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2006 по м/ж переведен на амарил. В 2012 повторно назначена инсулинотерапии. в связи ампутацией II п правой стопы. В дальнейшем самостоятельно перешел на прием амарил 4 мг. Гликемия –2-12 ммоль/л. НвАIс - 9,0% от 09.02.14. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение года. Повышение АД в течение 10 лет. В 2012 перенес ишемический инсульт в левой гемисфере. В 2012 ампутацией II п правой стопы. В 2013 ампутацией II п левой стопы. С 01.10.13 по 14.10.13 стац лечение в х\отд 3 гор. больницы с диагнозом: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая ишемия н/к по Фонтейну. Трофическая язва левой стопы. Прошел курс лечения: амоксиклав, тиогамма турбо, актовегин. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.02.14 Общ. ан. крови Нв – 185 г/л эритр – 5,7 лейк –5,8 СОЭ –3 мм/час

э- 4% п- 0% с- 60% л- 32 % м-4 %

25.02.14 Нв – 182 ерит – 5,4.

17.02.14 Биохимия: СКФ –105 мл./мин., хол –3,7 тригл -1,3 ХСЛПВП -0,8 ХСЛПНП -2,9 Катер -3,6 мочевина –4,6 креатинин –78 бил общ –12,7 бил пр –3,9 тим –2,4 АСТ –0,17 АЛТ –0,22 ммоль/л;

### 17.02.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ум в п/зр

21.02.14 Суточная глюкозурия – 0,59%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.14 Микроальбуминурия –63,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.02 | 7,6 | 4,2 | 5,0 | 6,8 |
| 19.02 | 4,0 | 6,3 | 7,5 | 6,2 |
| 21.02 | 5,0 |  | 5,1 | 5,3 |

14.02Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,8

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

14.02ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда боковой стенки. Замедление АВ проводимости

17.02.14Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз (2006) СН1 ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

18.02. Р-гр Левой стопы в 2х проэкциях: определяется культя II п на уровне дистальной плюсне. Перестройка костной ткани в плюсневых костях и фалангах пальцев с признаками ДОА в межфаланговых суставах.

19.02.ЭХО КС: КДР-6,06 см; КДО-184,24 мл; КСР-4,63 см; КСО-98,95 мл; УО- 85,29мл; МОК-6,5 л/мин.; ФВ-46,3%; просвет корня аорты -40,9 см; АК раскрытие - N; ПЛП -3,65 см; МЖП –1,33 см; ЗСЛЖ –0,89 см; ППЖ-2,02 см; ПЛЖ-6,06см; ТК- б/о; По ЭХО КС: Склероз и расширение аорты. Склероз аортального и митрального клапана с участками кальцинатов Гипертрофия МЖП. Рубец ЗСЛЖ. Систолическая функция левого желудочка.

18.02.14 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к ХИ II ст.

17.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

17.02.РВГ: Нарушение кровообращения IV ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

14.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0см3; лев. д. V = 7,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диапирид, эналаприл, предуктал MR, небилет, аспекард, Генсулин Н, рентгенотерапия на область левой стопы

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 8ед.
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. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., нолипрел форте 1т\*утром, тридуктан МВ 1т. \* 2р/д. 3 ммес, небилет 1,25 мг\*1р/сут. Контроль АД, ЭКГ.
8. Конс невропатолога по м/ж в энд. диспансере отказался.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. Определить ТТГ АТТПО ( в энд диспансере отказался). Повторный осмотр эндокринологом.
11. Рек. хирурга: вазонит по 1т 2р\д, продолжить курс рентгенотерапии.
12. Повторный осмотр у хирурга по м/ж.
13. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.