#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 799

##### Ф.И.О: Неткал Виктор Петрович

Год рождения: 1968

Место жительства: г. Запорожье ул. Зеленогородская 55а

Место работы: Отделенное структурное подразделение «Запорожское моторостроительное депо», дежурный по депо.

Находился на лечении с 30.06.15 по 13.07.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетический макулярный отек ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия Фиброз стекловидного тела. Гемофтальм OS. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ-32,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 9 кг за год ( соблюдая диету), ухудшение зрения, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг утром, сиофор 1000 2р/д. Гликемия –10,9-14,4 ммоль/л. НвАIс – 10,7 % от 26,06.15 . Онемение в н/к в течение 6 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р\д, индапамид 1,5 мг, леркамен веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

01.07.15 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр – 4,1 лейк – 8,9 СОЭ –12 мм/час

э- 2% п- 0% с- 72% л- 20% м-6 %

01.07.15 Биохимия: СКФ –120 мл./мин., хол –3,9 тригл -2,1 ХСЛПВП -0,97 ХСЛПНП – 1,97Катер -3,0 мочевина – 4,4 креатинин –100,8 бил общ –10,8 бил пр – 2,7 тим – 1,6 АСТ – 0,29 АЛТ – 0,75 ммоль/л;

### 01.06.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,135 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

03.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,162

02.07.15 Суточная глюкозурия – 0,77%; Суточная протеинурия – 0,461

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.07 | 11,3 | 13,0 | 9,8 | 9,6 |
| 03.07 | 11,1 | 6,4 | 6,9 | 6,9 |
| 05.07 | 8,4 | 8,4 | 8,0 | 7,0 |
| 09.07 | 6,9 | 7,6 | 7,5 | 6,3 |

26.06.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

13.05.15 Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,05 с кор 0,3

Единичные микроаневризмы. Отек сетчатки, ретинальные кровоизлияния в стекловидное тело. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетический макуляный отек ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия Фиброз стекловидного тела. Гемофтальм OS.

26.06.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

02.07.15 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

01.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.07.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

03.07.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,8см3; лев. д. V =7,3 см3

Перешеек – 0,43см.

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

Лечение: леркамен, эналаприл, индапрес, розукард, кардиомагнил, Диабетон MR, сиофор, диапирид, берлитион, витаксон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая высокий глик. гемоглобин 10,7%, наличие хронических осложнений СД в виде пролиферативной ретинопатии OS, больному рекомендован перевод на инсулинотерапию, от которого в настоящий момент воздерживается, о чем имеет запись в истории болезни. При стойкой гипергликемии повторная госпитализация для подбора инсулинотерапии. Так как у пациента имеется пролиферативная ретинопатия OS, гемофтальм OS, изменена степень тяжести сахарного диабета со средней на тяжелую.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста, кардиолога, нефропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р в 6 мес
2. Гиполипидемическая терапия (розукард 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: берлиприл 5-10 мг 3р/д. Контроль АД, ЭКГ.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.
6. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес.
7. Рек. окулиста: трайкор 1т 1р/д
8. Б/л серия. АГВ № 234908 с 30.06.15 по 13.07.15. К труду 14.07.15.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.