#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 142

##### Ф.И.О: Мороз Юрий Алексеевич

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье, ул. Новгородская 18-123

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 02.02.15 по 16.02.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к.Окклюзия передней б/б артерии, ишемия ног II-Шст. ХБП1, диабетическая нефропатия Ш. ДДПП ПОП (медианно-парамедианый пролапс диска L5, артроз крестцово-повздошных сочленений, вертеброгенная люмбалгия, хроническое рецидивирующее течение, стадия нестойкой ремиссии, торпидный болевой с-м. С-м ВСД. Ожирение I ст. (ИМТ 31,0кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, отеки н/к периодически

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г при хирургическом лечении флегмоны левой стопы. Получал стац леченеи в ОКЭД по поводу троф. язвы левой стопы. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (олтар, глюкофаж). С 2014 – комбинированная терапия. В наст. время принимает: Олтар 2мг утром, глюкофаж 1000 2р\д, Генсулин Н п/у-6-8 ед. Гликемия –7,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. 23.05.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен. Повышение АД в течение полугода. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.02.15 Общ. ан. крови Нв –162 г/л эритр –5,0 лейк –6,7 СОЭ –9 мм/час

э- 2% п- 2% с- 57% л- 35% м- 4%

03.02.15 Биохимия: СКФ – 115мл./мин., хол –5,7 тригл -2,16 ХСЛПВП -1,48 ХСЛПНП -3,23 Катер -2,9 мочевина –4,7 креатинин –113 бил общ –24,9 бил пр –3,7 тим –4,17 АСТ – 0,40 АЛТ – 1,06 ммоль/л;

03.02.15 Глик. гемоглобин -8,9 %

### 03.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; соли, мочевая к-та

04.02.15 Суточная глюкозурия – 1,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.02.15 Микроальбуминурия – 74,8мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.02 | 7,0 | 10,6 | 5,9 | 11,2 |
| 05.02 | 8,3 | 8,3 | 7,1 | 7,9 |
| 10.02 | 9,1 | 14,0 | 9,5 | 13,0 |
| 12.02 | 8,8 | 9,7 | 9,3 | 6,3 |

05.02.15Невропатолог: ДДПП ПОП (медианно-парамедианый пролапс диска L5, артроз крестцово-повздошных сочленений, вертеброгенная люмбалгия, хроническое рецидивирующее течение, стадия нестойкой ремиссии, торпидный болевой с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма.

02.02.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, экссудативные очаги Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

02.02.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

04.02.15Кардиолог: С-м ВСД

03.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.0.05.14 Конс д.м.н. проф. Губка А.В.: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Окклюзия передней б/б артерии, ишемия ног IIб-Шст.

03.02.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

04.02.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПБА справа 52%, ПБА вслева в канале Гунтера 36-39%, ЗББА справа 42-44%, ПББА слева 40-42%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,1 см3; лев. д. V = 7,6 см3

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

Лечение: олтар, глюкофаж, эналаприл, тиоктацид, актовегин, нейрорубин, нуклео ЦМФ, Генсулин Н, стеатель.

Состояние больного при выписке:. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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: Генсулин Н п/уж -6-8 ед.,
4. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: индап 2,5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
7. Рек. невропатолога: актрон хондокросид 1к 2р\сут 1 мес , затем 1к 1р\сут 2 мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Рек. окулиста: трайкор 1т 1р/д, кальция добезилат 1т 3р/д. конс. лазерного хирурга.
10. УЗИ ОБП, конс гастроэнтеролога по м\ж. Гепатопротекторы, контр печеночных проб через месяц.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.