#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 212

##### Ф.И.О: Барановский Константин Эдуардович

Год рождения: 1964

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск, ул. Ленина 51-20

Место работы: н/р

Находился на лечении с 13.02.15 по 25.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, субкомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. Стеноз ПББА с двух сторон. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП распространенного характера (пролапс l3,L4, L4-L5 дегенеративный стеноз позвоночного канала) вторичная цервикоторакалгия, люмбалгия, стадия нестойкой ремиссии. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II ст II ст. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 30 кг за 4 года( на фоне строго соблюдения диеты), ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, боли в прекардиальной области на фоне минимальной физ. нагрузки, выраженные боли по ходу позвоночника.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал сахароснижающие сборы. С 2003 ССП. В наст. время принимает: Амарил 4 мг утром, сиофор 500 мг утром, 1000 мг веч. Гликемия –4,0-8,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг 2р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.02.15 Общ. ан. крови Нв –140 г/л эритр –4,4 лейк –6,8 СОЭ –5 мм/час

э-1 % п- 1% с-60 % л- 31% м- 7%

16.02.15 Биохимия: СКФ –113 мл./мин., хол –7,63 тригл -2,02 ХСЛПВП -1,32 ХСЛПНП -5,39 Катер -4,8 мочевина –4,8 креатинин – 95 бил общ – 13,4 бил пр – 3,0 тим – 1,2 АСТ – 0,32 АЛТ – 0,30 ммоль/л;

16.02.15 Анализ крови на RW- отр

16.02.15 Глик гемоглобин – 8,4 %.

### 17.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ум в п/зр

16.02.15 Суточная глюкозурия – 0,35%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.02.15 Микроальбуминурия – 52,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.02 | 6,9 | 3,8 | 5,9 | 5,8 |
| 19.02 2.00-4,7 | 6,1 | 5,3 | 5,6 | 5,9 |
| 23.02 | 6,7 | 4,5 | 5,6 | 5,8 |

16.02.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП распространенного характера (пролапс l3,L4, L4-L5 дегенеративный стеноз позвоночного канала) вторичная цервикоторакалгия, люмбалгия, стадия нестойкой ремиссии.

13.02.15Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9

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

13.02.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная. Неполная блокада ПНПГ.

18.02.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II ст II ст. Гипертензивное сердце. Риск 4.

24.02.15ЭХО КС: КДР- 4,95см; КДО- 115,66мл; КСР- 3,4см; КСО-47,45 мл; УО-68,21 мл; МОК-4,63 л/мин.; ФВ-58,98 %; просвет корня аорты – 3,70см; ПЛП - 3,25см; МЖП – 1,26 см; ЗСЛЖ – 1,18см; По ЭХО КС: Уплотнение стеноз Ао, гипертрофия ЛЖ, фиброз МК. Краевой фиброз МК с минимальной регургитацией.

16.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.0.215РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

17.02.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА слева 15-17%, справа – 17-20%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Амарил, сиофор, эналаприл, эналаприл,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к, кардиальные боли не рецидивировали. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

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

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 мг утром, 100 мг веч.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: эналаприл 10-20 мг \*1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ВЭМ по м/ж (при возможности).
5. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, келтикан 1т.\*3р/д. 2 мес., габагамма 300 мг веч , артрон 1к 2р\сут 1 мес, затем 1к \*1/сут 2 мес.
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д., трайкор 1т 1р/д

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.