#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 245

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

Год рождения: 1958

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

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 19.02.15 по 27.02.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, субкомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. ДЭП II сочетаного генеза, малый мозговой ишемический (2011) инсульт в ВБС, атактический с-м. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз (2006) Неполная блокада ПНПГ СН 1 ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г.. Комы отрицает. С начала заболевания получал инсулинотерапию, коротким курсом. С 2008 переведен на ССТ (амарил), с 2012 повторно переведена на инсулинотерапия в связи с ампутацией II п. пр стопы. В дальнейшем самостоятельно принимал амарил. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 8ед. Гликемия –2,1-10,4 ммоль/л. НвАIс – 8,1 % от 11.02.15. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг. В 2012 ишемический инсульт в левой гемисфере. 2006 – перенес инфаркт милкарда. 2012 – ампутация II п пр стопы, 2013 – ампутация II п левой стопы. 2013 получал стац лечение в 3-й ГБ по поводу трофической язвы левой стопы. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.02.15 Общ. ан. крови Нв –176 г/л эритр –5,3 лейк – 5,0 СОЭ –11 мм/час

э- 6% п-1 % с-47 % л- 40 % м- 6%

20.02.15 Биохимия: СКФ –132 мл./мин., хол –6,1 тригл -2,12 ХСЛПВП -0,89 ХСЛПНП -4,26 Катер -5,9 мочевина –3,6 креатинин –76 бил общ –10,4 бил пр – 2,4 тим – 5,0 АСТ –0,35 АЛТ – 0,43 ммоль/л;

### 20.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –30-35 в п/зр белок – 0,104 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. ед- в п/зр

23.02.15 Суточная глюкозурия – 0,34%; Суточная протеинурия – отр

##### 25.02.15 Микроальбуминурия –237,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.02 | 8,5 | 4,7 |  | 6,4 |
| 22.02 | 6,5 | 6,4 | 8,4 | 7,0 |

Невропатолог: ДЭП II сочетанного генеза, малый мозговой ишемический (2011) инсульт в ВБС, атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,7

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

27.02.15ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Рубец по задней стенке. Изменения миокарда верхушечно-боковой области.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз (2006) Неполная блокада ПНПГ СН 1 ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

24.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.02.15РВГ: Нарушение кровообращения III-IV ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

19.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,1см3; лев. д. V = 7,4 см3

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

Лечение: арифон, предуктал MR, кардиомагнил, Генсулин Н, актовегин, тивортин, нуклео ЦМФ, цераксон.

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/з- 8-10ед.
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: арифон ретард 1т 1р/д. кардиомагнил 75мг 1т. веч.,предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес,. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
10. Рек. невропатолога: глиятон 1000 в/м № 10, цераксон 1т 2р/д 1,5 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год.
12. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.