#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 390

##### Ф.И.О: Греджев Виталий Викторович

Год рождения: 1972

Место жительства: Приазовский р-н, Гирсовка ул. Кирова 14

Место работы: Управление АПР приазовской РГА, начальник управления инв Ш гр

Находился на лечении с 23.03.16 по 04.04.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия, неоваскулярно- глиальная форма. Артифакия ОД, Авитрия OS. Гемофтальм OS. Эпиретинальная мембрана OS. Начальная осложненная катаракта OД. Тотальный рецидивирующий гемофтальм ОД. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.СН II А ф.кл II. Ожирение II ст. (ИМТ 39 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 15 кг за год, резкое ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-40 ед., п/у-40 ед., Генсулин Р п/з 30 ед, п/у 26. Гликемия –9,5-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания, трофическая язва правой стопы в 2013. Повышение АД в течение 14 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.03.16 Общ. ан. крови Нв –143 г/л эритр –4,2 лейк – 5,7 СОЭ –9 мм/час

э-3 % п- 0% с- 52% л- 39 % м-6 %

24.03.16 Биохимия: СКФ –126 мл./мин., хол – 5,7тригл -1,6 ХСЛПВП -1,0 ХСЛПНП -3,97Катер -4,7 мочевина –11,8 креатинин –129,9 бил общ – 10,5 бил пр –2,5 тим –2,2 АСТ – 0,28 АЛТ –0,75 ммоль/л;

### 24.03.16 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

25.03.16 Суточная глюкозурия – 0,55%; Суточная протеинурия – 1,26

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.03 | 8,7 | 12,5 | 13,3 | 13,9 |
| 27.03 | 12,4 | 12,1 | 13,8 | 14,8 |
| 31.03 | 7,5 | 10,5 | 6,2 | 8,8 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

29.03.16ОкулистVOD = 0,09 н/к VIS 0,4-0,12 н/к

Артифакия ОД. Помутнение в хрусталике OS. Авитрия ОД. Детали глазного дна под флером. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия, неоваскулярно- глиальная форма. Артифакия ОД, Авитрия OS. Гемофтальм OS. Эпиретинальная мембрана OS. Начальная осложненная катаракта OД. Тотальный рецидивирующий гемофтальм ОД.

23.03.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение кровообращения боковой стенки стенки. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.СН II А ф.кл II.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.03.16РВГ: Нарушение кровообращения справа – IV, слева – Ш ст Тонус N. Затруднение венозного оттока справа.

01.04.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 3 ст с увеличением её размеров; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить удвоение синусов обеих почек; изменений диффузного типа в паренхиме простаты без увеличения объема остаточной мочи.

24.03.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8 см3; лев. д. V = 7,3 см3

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

Лечение: липразид, фенигидин, торсид, мефармил, Генсулин Н, Генсулин Р, диалипон, витаксон, тивортин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 40-42ед., п/уж – 40-42ед., Генсулин R п/з 30-32 п/у 28 ед.

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: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., трифас 10 мг 1р\д 1 нед. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
8. Рек. окулиста: Эмоксипин 1к 3-4 р/д, йодистый калий 3-4р/д. этамзилат 2,0 в/м № 5
9. По астоянию пациента консультация обл МСЭК о решению вопроса степени потери трудоспособности.
10. Б/л серия. АГВ № 235212 с 23.03.16 по 04.03.16. К труду 05.03.16.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.