#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 305

##### Ф.И.О: Синельник Владимир Васильевич

Год рождения: 1962

Место жительства: Г-Польский р-н, г. Гуляйполе ул. Петревского 6-64

Место работы: ОАО «Запорожоблэнерго» сторож,

Находился на лечении с 09.03.16 по 23.03.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к и в/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия средний степени ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейном уровне, протрузия диска С5-С6, пролапсы дисков С3-С4-С5, мышечно-тонический, умеренно болевой с-м. С-м БАС? ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ 1ст. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100мм рт.ст., головные боли, слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Сиофор 1000 2р/д. Со слов в течении последних 2х дней ССТ не принимает. Гликемия –10,0-19,2 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 9 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.03.16 Общ. ан. крови Нв – 167 г/л эритр – 5,0 лейк – 5,2 СОЭ –6 мм/час

э- 2% п- 0% с-56 % л-39 % м- 3%

10.03.16 Биохимия: СКФ –136 мл./мин., хол –5,6 тригл – 2,26ХСЛПВП -1,08 ХСЛПНП – 3,48Катер -4,18 мочевина –3,3 креатинин – 78,8 бил общ – 15,2 бил пр –3,8 тим –2,8 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,47 ммоль/л;

11.03.16 К – 4,0 ; Nа – 137,8 Са – 2,78 ммоль/л

10.03.16 глик гемоглобин – 14,6

### 10.03.16 Общ. ан. мочи уд вес 1040 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

11.03.16 Суточная глюкозурия –5,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 11.03.16 Микроальбуминурия –339,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.03 | 14,6 | 21,4 | 12,4 | 15,5 |
| 13.03 | 14,6 | 16,1 | 12,9 | 16,8 |
| 17.03 | 13,2 | 12,3 | 14,0 | 14,5 |
| 19.03 | 13,2 | 9,2 | 9,0 | 9,9 |
| 22.03 | 7,6 | 7,4 | 11,2 | 10,6 |

22.0.316Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейном уровне, протрузия диска С5-С6, пролапсы дисков С3-С4-С5, мышечно-тонический, болевой с-м. С-м БАС?

09.03.16Окулист: VIS OD= 0,1 OS=0,1

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия средний степени ОИ.

09.03.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

10.30.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ 1ст.

12.03.16 МРТ шейного отдела позвоночника: МРТ картина начальных дегенеративно-дистрофический изменений шейного отдела позвоночника Парамедианная правостороння протрузия диска С5-С6. Пролапсы дисков С3-С4-С5.

10.03.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.03.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

11.03.16ЭНМГ в/к: По данным ЭНМГ в/к признаки мотосенсорной полинейропатии, аксомально-демиелинизирующей характер поражения по F-волне выявлено вовлечение мотонейронов спинного мозга на уровне С5 –Т1.

09.03.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,6 см3; лев. д. V =7,6 см3

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

Лечение: мефармил, адаптол, димарил, Фармасулин HNP, тиоктацид, актовегин, стеатель.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Фармасулин НNР п/з-28-30 ед., п/уж – 24-26ед.,

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: арифон ретард 1т 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., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: пациентом пройдено консультация сотрудника каф. неврологии ЗМАПО, результате чего назначены дообследования: МРТ головного мозга с послед. конс. сотрудника каф. с целью уточнения диагноза и дальнейшей тактики лечения.
8. Б/л серия. АГВ № 235199 с 09.03.16 по 23.03.16. К труду 24.03.16.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.