#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 770

##### Ф.И.О: Босый Леонид Стефанович

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье, ул, Сытова 15а-7

Место работы: пенсионер ЧАЭС СА № 038838

Находился на лечении с 22.06.16 по 05.07.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ангиоретинопатия, начальная катаракта, эндокринная офтальмопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДЭП II сочетанного генеза ( дисметаболическая, гипертоническая), с-м вестибулопатии, умеренной когнитивное снижение, церебральный атеросклероз, церебральная атрофия.. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, постинфарктный (2011) кардиосклероз. СН Гипертоническая болезнь III стадии 2степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2004 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Ранее получал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Генсулин Р, Генсулин Н . В наст. время принимает: Фармасулин Нп/з- 24ед., п/о- 14ед., п/у-10 ед., Фармасулин НNР22.00 – 20 -24 ед. Гликемия –2,8-12 ммоль/л. Боли в н/к в течение 7 лет. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает дикор 160 мг 1р\д, коронал 10 мг веч.. В 1994 произведена субтотальная резекция щит. железы по поводу ДТЗ. С 25.12.15 – 12.01.16 проходил стац лечение в терапевтическом отд. по м\ж с диагнозом: «язвенная болезнь, а/фаза. Язва луковицы ДПК». Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.06.16 Общ. ан. крови Нв – 176 г/л эритр –5,5 лейк – 10,1 СОЭ –5 мм/час

э- 2% п- 2% с- 70% л- 18 % м- 8%

29.06.16 Общ. ан. крови Нв –172 г/л эритр –5,4 лейк –6,0 СОЭ – 15мм/час

э- 1% п- 0% с- 60% л- 36 % м- 3%

23.06.16 Биохимия: СКФ –53,9 мл./мин., хол – 5,4тригл -2,7 ХСЛПВП -1,31 ХСЛПНП -2,9 Катер -3,1 мочевина – 6,7 креатинин –126,4 бил общ –11,0 бил пр –2,7 тим –1,3 АСТ –0,63 АЛТ – 0,52 ммоль/л;

29.06.16 мочевина – 4,6 креатинин – 100,1 СКФ – 68

23.06.16 Глик. гемоглобин -8,2 %

01.07.16 К –4,0 ; Nа –141 Са – 2,31 ммоль/л

### 23.06.16 Общ. ан. мочи уд вес 1029 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - в п/зр

29.06.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

24.06.16 Суточная глюкозурия – 3,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.06.16 Микроальбуминурия –43,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.06 | 6,0 | 12,8 | 18,3 | 7,8 |
| 24.06 |  | 10,1 | 7,0 | 6,0 |
| 29.06 | 8,3 | 8,8 | 7,6 | 5,5 |
| 01.07 | 7,2 |  |  |  |
| 02.07 |  | 3,0 |  |  |
| 04.07 |  | 5,2 |  |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДЭП II сочетанного генеза ( дисметаболическая, гипертоническая), с-м вестибулопатии, умеренной когнитивное снижение, церебральный атеросклероз, церебральная атрофия..

01.07.16Окулист: экзофальм, гл. щели расширены, с-м Грефе «+» с 2х сторон. Начальные помутненния в хрусталиках. ДЗН розовый, артерии сужены, склерозированы с-м Салюс 1. Вены расширены, неравномерного калибра, по ходу сосудов единичные микроаневризмы, микрогеморагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ангиоретинопатия, начальная катаракта, эндокринная офтальмопатия ОИ.

22.06.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенке. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

23.06.16Кардиолог: ИБС, постинфарктный (2011) кардиосклероз. СН Гипертоническая болезнь III стадии 2степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

23.06.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.07.16Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

23.06.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

23.06.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =1,6 см3; лев. д. V = 7,7 см3

Контуры культей неровные. Капсула уплотненна, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена, местами значительно. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, тиоктодар, витаксон, тиотриазолин, пирацетам

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Нп/з-22-24 ед., п/о- 14ед., п/уж -10-12 ед., Фармасулин НNР22.00 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д предуктал МR 1т. \*2р/д. 3 мес., престариум 5-10 мг веч., Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиоктодар 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: , сермион 30 мг утр. до 3 мес.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

и/о Нач. мед. Гура Н.Н.