#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 797

##### Ф.И.О: Писаренко Анатолий Андреевич

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Запорожье ул. Дзержинского 54-33

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 30.06.16 по 08.06.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Ш ст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Трофическая язва подошвенной поверхности левой стопы. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ВМД ОИ. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. п/инфарктный ( 2011) кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Патология МАГ. Лакунарная киста подкорковой области справа, вестибуло-атактический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., головные боли, пекущие боли в стопах, незаживающая рана левой стопы, боли в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Ранее принимал Генсулин Н, в связи с отсутствием по м\ж с 03.2016 переведен на Инлар Стабил. В наст. время принимает: Инсулар Стабил п/з 40 ед, Инсулар Актив – 28 ед, амарил 2 мг веч . Гликемия –7,4-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает престариум 10 мг ½ т, магникор, бисопролол 5 мг/сут. АИТ с 2012 .Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

01.07.16 Общ. ан. крови Нв –160 г/л эритр – 5,0 лейк –4,7 СОЭ –6 мм/час

э-2 % п- 0% с- 50% л- 36% м- 12%

01.07.16 Биохимия: СКФ –103,8 мл./мин., хол –3,1 тригл -2,12 ХСЛПВП -1,34 ХСЛПНП – 0,79Катер – 1,31мочевина –5,3 креатинин –106,7 бил общ – 19,0 бил пр – 5,4 тим – 2,2 АСТ – 0,26 АЛТ –0,26 ммоль/л;

01.07.16 Анализ крови на RW- отр

01.07.16 К – 4,08 ; Nа – 137 Са – 2,38 ммоль/л

### 01.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

05.07.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 08.07.16 Микроальбуминурия –48,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.07 | 5,3 | 6,5 | 8,4 | 7,1 |
| 05.07 | 7,0 | 6,9 | 5,8 | 6,1 |

30.06.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Патология МАГ. Лакунарная киста подкорковой области справа, вестибуло-атактический с-м.

01.07.16Окулист: VIS OD=0,1-1,0=0,2 OS= 0,5+1,75=0,6 ; ВГД OD= 19 OS=18

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артери значительно сужены, выраженные ангиосклероз, с-м Салюс 1-II, вены расширены, сосуды извиты. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

30.06.16ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. .

02.07.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. п/инфарктный (2011) кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

30.06.16 ФГ ОГК№ 97107: без патологии.

30.6.16 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ Ш. Трофическая язва подошвенной поверхности левой стопы.

05.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.07.16 На р-гр левой стопы в 2х проекция определяется перестройка костной структуры фаланги пальцев. Артроз в 1 плюснефаланговом с-ве.

01.07.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2 см3; лев. д. V = 7,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: бисопролол, престариум, магникор, амарил, Инсулар Стабил, Инсулар Актив, тиогамма, мильгамма, актовегин.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, окулиста, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсулар Актив п/з- 28-30ед.,

Инсулар Стабил п/з 40-42ед,

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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: предуктал MR 1т 3р/д, престариум 5-10 мг утром, бисопролол 2,5 утром.

аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.

1. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
2. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
3. Рек хирурга: перевязки с солкосерилом, наблюдение хирурга по м\ж.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Гура Э. Ю.

Нач. мед. Костина Т.К.