#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 827

##### Ф.И.О: Зайцев Вячеслав Юрьевич

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. Украинская 33-66

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 06.06.17 по 20.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II – Ш ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диффузный зоб 1. Эутиреоз. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. З/перелом н/3 ББК правой голени. СИО МОС в ст консолидации

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 20 ед., п/у- 14ед., Фармасулин НNP п/з – 20 ед, п/у 14 ед. Гликемия –8,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. В анамнезе: Хр. гепатоз, нарушение функции печени 1 на фоне СД (гастроэнтеролог ЗОКБ). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.06 | 180 | 5,4 | 6,7 | 6 | 1 | 1 | 51 | 45 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.06 | 97,2 | 4,5 | 2,12 | 0,8 | 2,7 | 4,6 | 4,0 | 93,5 | 28,1 | 4,8 | 2,88 | 0,91 | 1,5 |

07.06.17 ТТГ –0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

### 07.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

08.06.17 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – 0,051

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.06 | 9,1 | 12,5 | 7,2 | 10,5 |
| 09.06 | 10,0 | 10,5 | 9,6 | 10,8 |
| 12.06 | 7,8 | 8,4 | 9,1 |  |
| 16.06 | 6,2 |  | 5,1 | 8,5 |

06.06.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение.

07.06.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Салюс 1, вены значительно расширены, неравномерного калибра. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

06.06.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

07.06.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

19.06.17. Травматолог: З/перелом н/3 ББК правой голени. СИО МОС в ст консолидации

16.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II – Ш ст.

09.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

18.06.17Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

08.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно слева снижено справа - повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

19.06.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА слева 17-20%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.06.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст

06.06.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =15,2 см3; лев. д. V = 11,5см3

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

Лечение: диалипон, тивомакс, стеатель, витаксон, Фармасулин Н, Фармасулин НNP,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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: Фармасулин Н п/з- 22-24ед., п/уж – 16-18ед., Фармасулин НNP п/з 32-34 ед п/у 18-20 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 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: небивал 2,5 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Гепатопротекторы в течение месяца, контроль печёночных проб, при необходимости конс. гастроэнтеролога по м/ж.
11. Рек травматолога: курсы восстановительного лечения, дозированная нагрузка.
12. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, нефролога ЗОКБ, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Диета с ограничением соли. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ и АРА II.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В