#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 33

##### Ф.И.О: Назаренко Юрий Леонидович

Год рождения: 1967

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки ул. Широкая 35

Место работы: н/р, инв Ш гр УБД уд № 174580 сер АБ.

Находился на лечении с 10 .01.17 по 19.01.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая вегетативная дистальная симметричная полинейропатия в/к, н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 31,2кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, хроническое рецидивирующие течение, стадия неполной ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП.В наст. время принимает: сиофор 1000 2р/д, диапирид 4 мг. Гликемия –12,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.01.17 Общ. ан. крови Нв – 164 г/л эритр – 5,0лейк – 6,6СОЭ –4 мм/час

э- 0% п- 4% с- 69% л- 23 % м- 3%

11.01.17 Биохимия: СКФ –140,4 мл./мин., хол –5,4 тригл – 2,83ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП -3,0 Катер -3,9 мочевина 7,3 креатинин –85,3 бил общ 10,2 бил пр –2,5 тим – 3,0 АСТ – 0,43 АЛТ –0,81 ммоль/л;

13.01.17 Глик. гемоглобин – 8,7%

### 11.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - многв п/зр

12.01.17 Суточная глюкозурия – 3,0%; Суточная протеинурия – 0,079

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.01 | 9,8 | 10,4 | 9,7 | 9,9 |
| 13.01 | 8,5 | 8,1 | 9,6 | 8,4 |

10.01.17Невропатолог: Диабетическая вегетативная дистальная симметричная полинейропатия в/к, н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, хроническое рецидивирующие течение, стадия неполной ремиссии

13.01.17Окулист: VIS OD= 1,0 оптические среды прозрачны . Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:3 Артерии сужены, вены широкие стенки уплотнены, сосуды умеренно извиты, с-м Салюс I. в макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

10.01.17ЭКГ: ЧСС -700 уд/мин. Вольтаж снижен . Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

12.01.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

11.01.17РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

10.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8 см3; лев. д. V = 8,0 см3

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

Лечение: диапирид, диаформин.

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, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Консультация ангиохирурга по м\ж
3. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Преп. а-липоевой к-ты 600 мг/сут. 2-3 мес ., витамины гр В 1мес
6. Контроль глик гемоглобина через 3 мес при неудовлетворительной компенсации решение вопроса об назначении инсулинотерапии.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В