#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 321

##### Ф.И.О: Шеремет Александр Васильевич

Год рождения: 1960

Место жительства: Б-Белозерка ул. Пионерская 7

Место работы: СВК «Россия» гл. зоотехник

Находился на лечении с 01.03.17 по .03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS-6, NDS 6 ) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м, цефалгический с-м, ДДПП на поясничном уровне. Грыжа диска L5 протрузия L4 стеноз позвоночного канала L4-S1 гемангиома L1, мышечно – торпидный, болевой с-м. Хроническое рецидивирующее течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Консолидированный перелом ДМЭ левой лучевой кости контрактура левого лучезапястного сустава и пальцев кисти.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, пекущие боли в стопах, боли в икроножных мышцах, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, глюкофаж). С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведен на комбинированную терапию В наст. время принимает: амарил 4 мг , глюкофаж 1000 2р\д Фармасулин НNP п/у- 6-8ед. Гликемия –10-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли, онемение в н/к с начала заболевания, усилившиеся в течение последнего месяца. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.03.17 Общ. ан. крови Нв –160 г/л эритр – 4,8 лейк –5,5 СОЭ – 4,0 мм/час

э-1% п- 2% с- 67% л- 27% м- 3%

02.03.17 Биохимия: СКФ –122,7 мл./мин., хол – 5,2тригл – 1,51ХСЛПВП 0,89 ХСЛПНП -3,6 Катер -4,8 мочевина –4,9 креатинин – 68,2 бил общ – 22,3 бил пр –5,6 тим – 1,4 АСТ – 0,2 АЛТ –0,36 ммоль/л;

### 02.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

03.03.17 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 03.03.17 Микроальбуминурия –21,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.03 | 7,9 | 9,9 | 8,4 |  |
| 07.03 | 7,3 |  | 7,2 | 4,2 |

09.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS-6, NDS 6 ) хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м, цефалгический с-м, ДДПП на поясничном уровне. Грыжа диска L5 протрузия L4 стеноз позвоночного канала L4-S1 гемангиома L1, мышечно – торпидный, болевой с-м. Хроническое рецидивирующее течение.

09.03.17Окулист: VIS OD=0,8сф + 0,75д=1,0 OS=0,9сф+0,75д=1,0 факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены полнокровны, извиты, склерозированы Единичные микрогеморрагии. В макулярной области депигментация Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. .

09.03.17 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

02.03.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

02.03.17 на р- гр левого л/запясного сустава в 2х проекция, перстройка костной ткани , субхондральный склероз, неравомерное сужение суставных щелей характерно для ДОА

02.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.01.17 МРТ Пояснично крестцового отдела: МРТ картина дегенеративно дистрофических изменений поясничного отдела позвоночного. Спондилоартроз дугоотросчатых суставов 2 –й степени. грыжи диска L5 с латерализацией в обе сторон. Протрузия диска д 4. Начальный дегенеративный стеноз позвоночного канала L4-S1, переходный поясничнно-крестцовый позвонок. Гемангиома тела L1 позвонка.

02.03.17. Зав отд травматологии Богдан О.В.: Консолидированный перелом ДМЭ левой лучевой кисти . контрактура левого лучезапястного сустава и пальцев кисти .

04.06.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,0 см3; лев. д. V =2,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура диффузно неоднородная мелкозернистая, мелкие единичные гиперэхогенные включения Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: амарил, глюкофаж, Фармасулин НNP, тиоктацид, стеатель, актовегин, мильгамма, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняются пекущие боли в н/к, преимущественно в ночное время, онемение пальцев стоп, судороги икроножных мышц. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, сохраняющийся болевой с-м н/к, решением отборочной комиссии, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай» № путевки 185156

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/уж 6-8ед.,

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., 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: нолипрел форте 1т\*утром, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
6. Рек. невропатолога: консультация нейрохирурга, физиотерапия ( миотон, амплипульс, магнитотерпия)
7. Б/л серия. АГВ № 2356 с 01.03.17 по 10.03.17. продолжает болеть. С 11.03.17 б/л серия АГВ № 2356 на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай» № путевки 185156

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В