#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1365

##### Ф.И.О: Куйда Иван Павлович

Год рождения: 1954

Место жительства: Бердянск, Грибоедова 4

Место работы: инв II гр

Находился на лечении с 23.10.13 по 05.11.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма субкомпенсация. Осложненная заднекапсульная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулярный отек ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., трофическая язва пр. стопы, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия V ст. ХБП III ст. Анемия. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза Ишемический инсульт в лев. гемисфере (2008) с обр пр. гемипарезом. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 3 кг за 6 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, отеки голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 1998 - инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-12 ед., п/о- 8ед., п/у-7-6 ед., Протафан НМ 22.00 – 22 ед. Гликемия –3,0-10,0 ммоль/л. НвАIс – 6,2 %. Последнее стац. лечение в 03.2013г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин, индап 2,5 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.10.13Общ. ан. крови Нв –102 г/л эритр –3,2 лейк – 4,5 СОЭ – 54 мм/час

э- 3% п- 0% с- 66% л- 26 % м-5 %

01.11.13Общ. ан. крови Нв – 105 г/л эритр –3,2 лейк –3,4 СОЭ –47 мм/час

э-0 % п- 3% с-72 % л- 22 % м- 3%

24.10.13Биохимия: СКФ –44 мл./мин., хол –5,4 тригл -1,76 ХСЛПВП -0,98 ХСЛПНП – 3,62Катер -4,5 мочевина –15,3 креатинин –198 бил общ –8,5 бил пр – 1,1 тим –2,3 АСТ –0,51 АЛТ –0,28 ммоль/л;

01.11.13Биохимия: СКФ – 46,3мл./мин., мочевина –11,5 креатинин – 186

25.10.13Глик. гемоглобин – 7,0%

### 24.10.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. ед в п/зр

28.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр 500- белок – 0,469

25.10.13Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – 0,77

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.10 | 7,8 | 9,8 | 6,8 | 7,0 |
| 28.10 | 5,5 | 5,4 | 11,4 | 6,9 |
| 01.11 | 63 | 7,8 | 9,1 | 6,6 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Ишемический инсульт в лев. гемисфере (2008) с обр пр. гемипарезом. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/кII, трофическая язва правой стопы, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD0,2= OS= 0,1 ; ВГД OD= 22OS=23

Помутнения в хрусталике ОS. Единичные микроаневризмы, отеки сетчатки, ретинальные кровоизлияния в макулярной области. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Осложненная заднекапсульная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулярный отек ОИ.

ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4

Нефролог: СД тип 2 ВИТЗ, ХБП Ш диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия, анемия.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,4см3; лев. д. V = 6,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура обычная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Фозикард, нормазе, тардиферон, торсид, Актрапид НМ, Протафан НМ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/70 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: Актрапид НМ п/з- 12-14ед., п/о-8-10 ед., п/у- 7-9ед., Протафан НМ 22.00 22-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: фозиноприл 10-20 мг, амлодипин 10 мг, кардиомагнил 75 мг, акторватстатин 10 мг, предуктал MR 1т 2р/д, трифас 10 мг 1р/д каждые первые 2 недели. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д, трайкор 1т 1р/д,, конс. лазерного хирурга.
9. Рек. нефролога: диета с ограничением соли, белка, избегать переохлаждения, тяж. физ. труда, контроль крови, мочи, показателей азотемии в динамике, ограничить прием жидкости до 1л/сут. Физиотенс 0,4 мг сут, торвадак 20 мг/сут, бисопролол 2,5-5 мг сут ( под контролем ЧСС) тардиферон 1т /сут, нормазе по 30 мл 1-2р/сут 2-3 в нед. моноприл 20 мг/сут., лазекс в/в 40-60 мг 2р/нед. Инфузионная терапия не показана.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.