#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1115

##### Ф.И.О: Яшин Александр Сергеевич

Год рождения: 1954

Место жительства: Приазовский р-н, с. Шевченко, Гагарина 20

Место работы: н/р

Находился на лечении с 05.09.13 по 17.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная хроническая полинейропатия н/к II ст. сенсорная форма. дисметаболическая энцефалопатия, с общемозговой симптоматикой. Цереброастенический с-м. ИБС, стенокардия напряжения I-II ф.кл, постинфарктный(02.2013) кардиосклероз, краевой фиброз створок аортального клапана с повышением градиента давления. СНI, ф. кл II , без систолической дисфункции левого желудочка. Гипертоническая болезнь Ш ст Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ДГПЖ I-II ст (внутрипузырный рост). Хронический простатит. Хроническая задержка мочи. Хронический цистит. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб I, эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 1т утром, сиофор 500. Гликемия –16-18 ммоль/л. Консультирован урологом 16.08.13. Заключение: ДГПЖ I-II ст (внутрипузырный рост). Хронический простатит. Хроническая задержка мочи. Хронический цистит. Назначено лечение. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.09.13Общ. ан. крови Нв – 147 г/л эритр – 4,6 лейк – 5,1 СОЭ – 17 мм/час

э- 3% п-1 % с-70 % л- 21 % м- 5%

06.09.13Биохимия: СКФ –112 мл./мин., хол – 6,19 тригл – 3,32 ХСЛПВП -1,09 ХСЛПНП -3,6 Катер -4,7 мочевина –6,1 креатинин – 91 бил общ –14,5 бил пр –3,6 тим – 5,1 АСТ –0,22 АЛТ – 0,38 ммоль/л;

12.09.13 триг – 2,08 ммоль/л

### 06.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ;

10.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

13.09.13Суточная глюкозурия – 1,19 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.09.13Микроальбуминурия –35,4 мг/сут

АТТПО, ТТГ отказ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.09 | 13,1 | 16,7 | 13,9 | 13,0 |  |
| 08.09 | 13,9 | 12,6 | 12,5 | 15,2 |  |
| 11.09 | 12,6 |  |  | 11,5 |  |
| 12.09 |  | 11,5 | 12,2 |  |  |
| 14.09 | 10,3 | 8,0 | 12,7 | 12,6 |  |
| 16.09 |  |  | 5,8 | 3,5 |  |
| 17.09 |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная хроническая полинейропатия н/к II ст. сенсо-моторная форма. дисметаболическая энцефалопатия, с общемозговой симптоматикой. Цереброастенический с-м.

Окулист: VIS OD=0,1 OS=0,2 ; ВГД OD= 20 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, эксудаты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

05.09ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочноверхушечной области.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения I-II ф.кл, постинфарктный(02.2013) кардиосклероз, краевой фиброз створок аортального клапана с повышением градиента давления. СНI, ф. кл II , без систолической дисфункции левого желудочка. Гипертоническая болезнь Ш ст Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

05.09.13ЭХО КС: КДР- 5,0см; КДО- 121мл; КСР- 3,2см; КСО- 41мл; УО-80 мл; ФВ- 66%; просвет корня аорты -2,6 см; АК раскрытие - N; ПЛП – 3,8 см; МЖП –1,6 см; ЗСЛЖ –1,5 см; ППЖ- 5,2см; По ЭХО КС: Гипертрофия ЛЖ, миокард диффузно изменен. Гипокинезия верхушки ЛЖ, дискинезия МЖП. Краевой фиброз створок АК, градиет на клапане повышен. Склероз створок МК, митральная регургитация 1 ст. Трикуспидальная регургитация минимальная. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Сократительная функция ЛЖ сохранена.

УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,6 см3; лев. д. V =7,0 см3

Перешеек 0,4см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы значительно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: аспекард, эналаприл, Диабетон MR, сиофор, торвакард, тамсулит, амлодипин, Генсулин Н, диалипон, витаксон, актовегин, цераксон. Генсулин R,

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: генсулин Н п/з- 26-28ед., п/у- 8-10 ед., Генсулин R, п/з 10-12 ед

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

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч.. Контроль АД, ЭКГ. КС.
4. Эналаприл 10 мг 2р/д, амлодипин 5 мг в обед., кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, АТТПО с последующей консультацией эндокринолога.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., конс. лазерного хирурга.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.