#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 471

##### Ф.И.О: Рудык Адам Емельянович

Год рождения: 1950

Место жительства: Розовский р-н, с Пролетарское, ул. Молодежная 3

Место работы: пенсионер, УБД. ЮА № 031067

Находился на лечении с 29.03.13 по 15.04.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, болевая форма IIст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Возрастная макулярная дистрофия ОД. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл, диффузный кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Мозговой лакунарный ишемический инсульт(12.2012?) с-м правосторонней пирамидной недостаточности. Ожирение II ст. (ИМТ 36 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на боли в тазобедренных суставах, чувство перебоев в области сердца , сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/120мм рт.ст., головные боли. Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Сиофор1000\*2р/д, амарил п/з-4 мг. Гликемия –14,0-16,0 ммоль/л. НвАIс – 10,0 %(29.01.12). Последнее стац. лечение в 2010г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение многих лет. Из гипотензивных принимает атенол Н ½ т утром. АИТ выявлен в 2010. АТ ТГ 279,6 АТ ТПО 95,3 от 2010г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

01.04.13Общ. ан. крови Нв –120 г/л эритр –3,8 лейк –4,7 СОЭ –10 мм/час

э-6 % п-1 % с-57 % л-27 % м-9 %

01.04.13Биохимия: СКФ –90 мл./мин., хол –5,78 тригл -2,36 ХСЛПВП -1,37 ХСЛПНП -3,34 Катер 3,21- мочевина –8,5 креатинин –12,6 бил общ –12,2 бил пр –3,1 тим –1,2 АСТ –0,54 АЛТ –0,83 ммоль/л;

12.04.13 Т4Св. – 20,3 (10-35) пмоль/л

09.04.13 мочевина 4,1 креатинин 109 мкмоль/л

### 02.04.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-4 эрит 0 в п/зр белок – 0,044 ацетон –отр; эпит. пл. -ед в п/зр

09.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок –0,076

01.04.13Суточная глюкозурия – 3,8 %; Суточная протеинурия – 0,136

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.03 | 13,2 | 13,4 | 13,5 | 12,6 |  |
| 02.04 | 12,1 | 15,5 | 16,3 | 14,0 |  |
| 05.04 | 12,8 | 13,1 | 12,9 | 14,2 |  |
| 07.04 | 14,2 | 13,5 | 14,9 | 13,0 |  |
| 09.04 | 9,7 | 12,6 | 11,7 | 9,4 |  |
| 10.04 | 9,2 | 13,1 | 12,1 | 8,7 |  |
| 11.04 | 7,4 | 12,1 | 10,1 |  |  |
| 13.04 | 6,7 | 14,2 | 11,0 | 9,6 |  |
| 14.04 |  | 10,2 | 10,3 |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II. Мозговой лакунарный ишемический инсульт(12.2012?) с-м правосторонней пирамидной недостаточности. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, болевая форма IIст.

Окулист: осмотр в палате

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, В макулярной области ОД. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Д-з:. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Возрастная макулярная дегенерация ОД.

29.03.13ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. Удлинение эл. систолы.

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

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.04.13РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

12.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,3см3; лев. д. V = 7,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле у переднего контура гидрофильный узел 0,9 \*0,6 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: умеренные диффузные изменения паренхимы, узел правой доли

Лечение: Амарил, атенол Н, диаформин, диалипон, актовегин, генсулин Н, олфен, долобене гель.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Умеренная гипергликемия обусловлена обострением ДОА правого голеностопного сустава.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 34-36ед., п/у- 16-18ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурия 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., небилет 2,5-5 мг\*1р/сут, индап 2,5 мг утром, при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. до 6 мес. Дообследование МРТ головного мозга. Повторный осмотр.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год.
8. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д.,
9. Конс. ревматолога по м/ж

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач мед. Костина Т.К.