#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 894

##### Ф.И.О: Бутков Борис Алексеевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Черниговка, ул. Ленина 170

Место работы: н/р

Находился на лечении с 02.07.13 по 11.07.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, диабетическая сенсорная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза на фоне гипертонической болезни IIст, с-м вестибулопатии, цефалгический с-м. ИБС. Диффузный кардиосклероз. Полная блокада ПНПГ. СН1. Гипертоническая болезнь IIст. Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ЖКБ, калькулезный холецистит. Полиостеоартроз Ro I-II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 15 кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП, без эффекта. В 2011г в связи с декомпенсацией в ПТД (г. Бердянск) переведен на ИТ ( Хумодар К 25 100Р). По м/ж в связ с отсутствием Хумодара К 25 100Р больному назначен Фармасулин Н в режиме дробных инъекций.

В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 32ед., п/у-32 ед. Фармасулин п/з – 10 ед, п/о – 10 ед, п/у – 10 ед. Гликемия –5,7-12,0 ммоль/л. Находиться на диспансерном учете ЗОПТД. Повышение АД в течение 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.07.13Общ. ан. крови Нв – 152 г/л эритр –4,7 лейк – 3,5 СОЭ –5 мм/час

э-2 % п- 0% с- 57% л- 29% м-12 %

03.07.13Биохимия: СКФ –80,1 мл./мин., хол – 4,45 тригл -1,31 ХСЛПВП -1,54 ХСЛПНП -2,31 Катер -1,88 мочевина – 6,4 креатинин – 107 бил общ –33,7 бил пр – 4,2 тим –2,6 АСТ – 0,63 АЛТ – 0,17 ммоль/л;

### 03.07.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - едв п/зр

04.07.13Суточная глюкозурия – 0,36 %; Суточная протеинурия – отр

##### 05.07.13Микроальбуминурия –186,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.07 | 4,4 | 7,4 | 3,3 | 8,9 |
| 06.07 | 5,2 | 6,1 | 4,6 | 4,8 |
| 08.07 |  |  | 4,7 | 7,0 |

Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/к, диабетическая сенсорная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза на фоне гипертонической болезни IIст, с-м вестибулопатии, цефалгический с-м.

Окулист: VIS OD=0,6 OS=1,0 ; ВГД OD= 22 OS=22

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

02.07.13ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Блокада Передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ.

Кардиолог: ИБС. Диффузный кардиосклероз. Полная блокада ПНПГ. СН1. Гипертоническая болезнь IIст. Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Ревматолог : Полиостетатоз Ro I-II СФН I-II.

020.7.13 ФГ : признаки пневмофиброза с обеих сторон на этом фоне слева в в/3, очаговость различной плотности и участок фиброза с дорожкой к корню справа во II межреберье. Корни фибр. изменены. Сердце б/о. Нельзя исключить tbc процесс в легких.

05.07.13 Р-графия коленных сус-в: признаки субхондльного склероза, уплощение суставных поверхностей, характерных для нач. ДОА.

09.07.13 Р-графия кистей: перестройка костных тканей в области сустав. поверхностей обеих кистей с наличием мелких кист. Субхондральный склероз сужение суст. щелей.

04.07.13РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

05.07.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; множественных конкрементов в желчном пузыре, на фоне застоя, функционального раздражения кишечника.

Лечение: Эналаприл, Фармасулин Н, Фармасулин НNР,

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. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 16-18ед., п/о-10-12 ед., п/у- 12-14ед., Фармасулин НNР 22.00 16-18 ед.

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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога:. Дообследование: ЭХО КС.
4. Эналаприл 5 мг 2р/д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап. № 10, витамин гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, кортексин 10,0 в/м № 10.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год.
7. Рек. окулиста: дицинон 1т. 3р/д., конс. лазерного хирурга.
8. Рек. ревматолога: мелоксикам 15 мг 1 р/д 10 дней при болях, остеоартизи актив плюс 1 т 2р/д 2 мес, местно бифлекс крем 2р/д 10 дней, контроль ОАК СРБ, мочевой кислоты ч/з 1 мес, повт осмотр.
9. Рек. Гастроэнтеролога: стол № 5 урсохол 2к на ночь фосфалюгель 1 к на ночь. Конс хирурга – холецистэктомия.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/оЗав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.