|  |
| --- |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА № 0 2 7 / о\_\_\_\_\_\_\_\_**  Затвердження наказаом МОЗ України  **14. 02. 2012 р. № 110** |

#### 

#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 353

##### Ф.И.О: Савенко Геннадий Анатольевич

Год рождения: 1958

Место жительства: Михайловский р-н. Пришиб, ул. Калинина 56

Место работы: ООО «Луи Дрейфус Комодитиз Украина ЛТД» , гл. инженер

Находился на лечении с 07.03.13 по 19.03.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, субкомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к IIIст. Стеноз заднебольшеберцовой артерии с 2х сторон. Хроническая ишемия I-IIст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце ПБ ПНПГ. Риск 4. Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушениям внешнесекреторной функции поджелудочной железы и внутрисекреторной. Хронический гастродуоденит. Хронический гепатоз (НФП- Iст), синдром раздраженного кишечника со склонностью к запорам. Ожирение I ст. (ИМТ 33,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, АД макс. до 160/110 мм рт., онемение ног, головные боли, учащенное мочеиспускание.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (диапирид, диаформин). В наст. время принимает: диапирид 4 мг, диаформин 850 2р в /сутки Гликемия –9,8-11,5 ммоль/л.. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 7лет. Из гипотензивных принимает энап, корвазан. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.03.13Общ. ан. крови Нв – 174г/л эритр –5,2 лейк –6,5 СОЭ – 6 мм/час

э- % п-4 % с-69 % л- 15 % м- 12%

11.03.13Биохимия: СКФ –9,7 мл./мин., хол –4,5 тригл -2,54 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -2,1 Катер -2,6 мочевина –7,9 креатинин –107 бил общ –12,3 бил пр –3,4 тим –2,6 АСТ –0,16 АЛТ –0,56 ммоль/л;

13.03.13Глик. гемоглобин – 7,3%

### 12.03.13Общ. ан. мочи уд вес 1031 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

11.03.13Суточная глюкозурия – 0,95 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.03.13Микроальбуминурия – 276,1мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.03 | 5,9 | 9,0 | 9,2 | 6,0 |  |
| 12.03 | 6,2 | 6,3 | 7,9 | 3,9 |  |
| 14.03 |  |  |  | 10,0 |  |
| 15.03 |  |  |  | 7,6 |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма.

Окулист: VIS OD=0,9 OS=0,9 ; ВГД OD=21 OS=22

Гл. дно: Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.03.13ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ, Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце ПБ ПНПГ. Риск 4.

Ангиохирург:Диаб. ангиопатия артерий н/к IIIст. Стеноз заднебольшеберцовой артерии с 2х сторон. Хроническая ишемия I-IIст. Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии обостреня с нарушениям внешнесекреторной функции поджелудочной железы и внутрисекреторной. Хронический гастродуоденит. Хронический гепатоз (НФП- Iст), синдром раздраженного кишечника со склонностью к запорам.

11.03.13РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

12.03.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа 48-50%, задней большеберцовой артерии справа 52-53%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.03.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела, застоя в ж/пузыре, фиброзирование поджелудочной железы.

11.03.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,7см3; лев. д. V = 8,1 см3

Щит. железа обычно расположена, не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии ЩЖ нет.

Лечение: Диапирид, диаформин, тивортин, нуклео ЦМФ, мильгамма, энап, каровзан, тиотриазолин, тиогамма турбо.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.

диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: физиотенс 0,2 мг вечером, нолипрел форте 1т/утр, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. тиогамма 600 мг/сут. 1 мес. мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
6. Рек. нефролога: Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д. вазонит 600мг 1 р/д 1месяц 2 раза в год.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, пангрол 25 тыс. по 1т. \*3р/д. во время еды 1 месяц, смарт омега 1кап. \*1р/д., дефенорм по 1 т 3р/д 2-4 недели. Дообследование ирригоскопия
9. Б/л с. АБЖ № 503799 с 07.03.13 по 19 .03.13. К труду 20 .03.13г.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Начмед Костина Т.К.