|  |
| --- |
| 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 № 221

##### Ф.И.О: Резниченко Гигорий Григориевич

Год рождения: 1939

Место жительства: Запорожский р-н., пос. Балабино ул. Запорожская 10

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.02.13 по 22.02.13 в эндокр. отд

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2 , тяжелая форма, субкомпенсация. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. ХПН 0. Трофические язвы правой, левой стопы. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия III. Отдаленные последствия перенесенного малого ишемического инсульта в ВБС (2007)в виде правосторонней гемиатаксии. С-м паркинсонизма. Легкое когнитивное снижение. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, аневизма в обл. верхушки левого желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. СНIIА ФКII. Гипертоническая болезнь IIIст IIIст риск 4. Узловой зоб Iст, узел правой доли, эутиреоз.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/110 мм рт. ст., отеки голеней, слабость и утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (диабетон МR).

В наст. время принимает: Диапирид 4мг (в течении последних 2 недель).

Узловой зоб с 2004г,ТАПБ с 2000 – элементы кистозного образования. ТТГ2,4(0,3-4,0) , АТ ТПО 25,4(0-30) от 28.08.11

Гликемия – 11,6ммоль/л

Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение 10лет. Повышение АД в течение 30лет. Из гипотензивных принимает небилет и амлодипин.

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.02.13Общ. ан. крови Нв – 157 г/л эритр – 4,9 лейк –7,9 СОЭ – 19 мм/час

э- 5% п-0 % с-59 % л-27 % м- 9%

13.02.13Биохимия: СКФ – 60,23мл./мин., хол –6,3 мочевина –7,2 креатинин – 91,1 бил общ – 14,9 бил пр – 4,0 тим –3,8 АСТ – 0,36 АЛТ – 0,41 ммоль/л;

13.02.13Глик. гемоглобин -7,7 %

15.02.13 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/л

### 13.02.13Общ. ан. мочи уд вес 1019 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,202 ацетон –отр; эпит. пл. – ед. в п/з ; цилиндр зерн. 0-1

26.02.13Суточная глюкозурия –2,86 %; Сут. белок - 0,27 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.02 | 8,8 | 12,9 | 14,9 | 13,0 |  |
| 17.02. | 7,0 | 9,7 | 9,5 | 9,1 |  |
| 19.02 | 6,8 | 6,3 | 6,9 |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия III. Отдаленные последствия перенесенного малого ишемического инсульта в ВБС (2007)в виде правосторонней гемиатаксии. С-м паркинсонизма. Легкое когнитивное снижение. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к

Окулист: осмотр в палате

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж умеренно снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полувертикальная.Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокад ПНПГ. Рубец пеегородочной области. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, аневизма в обл. верхушки левого желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. СНIIА ФКII. Гипертоническая болезнь IIIст IIIст риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

РВГ: Нарушение кровообращения справа - II ст., слева - I тонус сосудов N.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8см3; лев. д. V = 5,4см3

По сравненю с узи от 01.11г рзеры жлезы уыеличились. Контуры ровные. Щит. железа обычно расположена, не увеличена, контуры ровные, Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозеистая с небольшим кол-м мелкого фиброза.

В пр. доле в в/3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,92\*1,27 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются.

Закл.: умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Диапирид, диаформин, нолипрел форте, спиронолактон, небилет, тридуктан МР, кардиомагнил, касарк, торвакард, амлодипин, мильгама, актовегин, тиогама турбо.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: амарил (диапирид, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

Регулярный самоконтроль, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 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: нолипрел форте 1т \*1р/д., предуктал МR 1т. \*2р/д. кардиомагнил 75 мг 1р/д., амлодипин 10 мг \*1р/д.вечером, небилет2 ,5 мг 1т. \* утром., Контроль АД, ЧСС.
5. Тиагама 600 мг/сут. 1 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год.
7. Рек хирурга: обработка фукорцином, Энелбин 1т\*2р.день

##### Леч. врач Фещук И.А.

##### Зав. отд. Фещук И.А.

Начмед Костина Т.К.