#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 738

##### Ф.И.О: Гончаров Станислав Иванович

Год рождения: 1967

Место жительства: Г-Польский р-н, с. Приютное ул. Ленина 97

Место работы: ПСП «Левадне», слесарь, инв II гр.

Находился на лечении с 10.06.15 по 24.06.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II. Поликистоз почек. МКБ, конкременты обеих почек, артериальная гипертензия. Диабетическая нефропатия IV ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цефалгический с-м. Патология МАГ ( S обр. извитость ВСА с 2х сторон ,S обр. извитость ПА с 2х сторон). Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит гипертрофическая форма. Зоб 1.Эутиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/120 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 03.2014г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП коротким курсом. С 05.2014 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з 8 ед, п/у 8 ед. Гликемия –4,5-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает диакор, бисопролол, амлодипин. АИТ, гипертрофическая форма с 2014. Т4св – 1,16 (0,82-1,63) ТТГ – 2,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –141,8 (0-30) МЕ/мл от 16.05.15 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.06.15 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,2 лейк – 5,3СОЭ – 10 мм/час

э- 2% п- 1% с- 68% л- 26% м-3 %

11.06.15 Биохимия: СКФ –86 мл./мин., хол –4,78 тригл -1,68 ХСЛПВП -1,02 ХСЛПНП – 2,99Катер -3,7 мочевина – 7,7 креатинин –163 бил общ –12,8 бил пр –3,1 тим – 2,1 АСТ – 0,29 АЛТ –0,48 ммоль/л;

12.06.15ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/л

### 11.06.15 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 8-10 в п/зр белок – 0,043 ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

15.06.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,033

12.06.15 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – 0,036

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.06 | 5,9 | 8,5 | 10,1 | 10,6 |
| 14.06 | 9,7 | 6,4 | 10,7 | 8,5 |
| 18.06 | 5,4 | 7,9 | 5,8 | 6,5 |

11.06.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цефалгический с-м. Патология МАГ ( S обр. извитость ВСА с 2х сторон ,S обр. извитость ПА с 2х сторон) Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,9

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

10.06.15ЭКГ: ЧСС 63- уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородной области?.

16.05.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

12.06.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.06.15Нефролог: ХБП II поликистоз почек. МКБ, конкременты обеих почек, артериальная гипертензия.

12.06.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

12.06.15 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки увеличения, изменений диффузного типа в паренхиме печени; деформации, застойных изменений в желчном пузыре, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, МКБ, конкрементов в обеих почках, поликистоза, увеличения, умеренно выраженных диффузных изменений паренхимы щит. железы.

11.06.15 УЗИ артерий головы и шеи: Атеросклеротические изменения сонных артерий. Признаки макроаниопатии. (легкая S-образная извитость ВСА с 2х сторон, Выраженная извитость ПА в сегменте VI с 2х сторон). Ассиметрия кровотока по ВЯВ Д>S 43 %. Спастический характер кровотока по левой ЗМА. Признаки нарушения венозного оттока.

11.06.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,7 см3; лев. д. V =9,5 см3

Перешеек –0,36 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

Лечение: бисопролол, индапамид, азомекс, Генсулин Н, тиогамма, актовегин, витаксон, нуклео ЦМФ, доксазадин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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: Генсулин Н п/з- 8ед., п/уж -8 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: фозиноприл 10 мг утром, азомекс 5 мг 1т веч. бисопролол 2,5 – 5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
10. Рек. невропатолога: флебодия 600 мг/сут утром до 2 мес.,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 6-12 мес.
12. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, нефролога ЗОКБ, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Диета с ограничением белка, соли продуктов богатых калием. Фозикард 10 мг сут, азомекс 5 мг\сут, бисопролол 5 мг/сут. При необходимости 0,2-0,4 мг/сут, нормазе 30 мг 2р/д. ограничение питьевого режима.
13. Б/л серия. АГВ № 2348 с 10.06.15 по 24.06.15. К труду 25.06.15.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.