#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 813

##### Ф.И.О: Червонюк Александр Николаевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Васильевский р-н, с. Верхняя Криница, ул. Новая 35

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 05.07.16 по 15.07.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ушиб V пальца левой стопы. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение,, болезненность, отечность V п. левой н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (диапирид, сиофор). С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з-24 ед., п/у23- ед. Гликемия –8-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 12.2015г. Боли в н/к в течение 7 лет. Повышение АД в течение 4-5 лет. гипотензивные препараты принимает не систематически. . Многоузловой зоб, узлы обеих долей с 2012 ТТГ –1,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 13,0 (0-30) МЕ/мл от Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.07.16 Общ. ан. крови Нв – 144 г/л эритр – 4,5 лейк – 7,8 СОЭ – 13 мм/час

э-2 % п- 0% с- 61% л- 31 % м-6 %

06.07.16 Биохимия: СКФ –119 мл./мин., хол – 5,1тригл -2,2 ХСЛПВП -1,17 ХСЛПНП -2,93 Катер -3,3 мочевина –5,52 креатинин – 89 бил общ – 10,2 бил пр –2,4 тим – 3,3 АСТ – 0,45 АЛТ – 0,61 ммоль/л;

07.07.16 Глик. гемоглобин – 7,5%

15.07.16 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл

08.07.16 ; К – 4,53 ; Nа – 141 Са – 2,36 ммоль/л

### 06.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

07.07.16 Суточная глюкозурия – 0,53%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.07.16 Микроальбуминурия –131,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.07 | 5,2 | 5,6 | 9,6 | 8,0 |
| 08.07 | 6,2 | 2,8 | 8,3 | 6,3 |
| 09.07 |  | 5,9 |  |  |
| 10.07 | 5,2 | 6,9 | 9,2 | 8,3 |

05.07.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Люмбоишалгия справа, мышечно-тонический умеренно болевой с-м.

13.07.16Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0

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

08.09.16. на р- гр левой стопы в 2х проекциях без костно-травматических изменений.

05.07.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

07.07.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1.

07.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

05.07.16 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ушиб V пальца левой стопы.

07.07.16Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.07.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =12,1 см3; лев. д. V = 10,3см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная, В пр. доле у заднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,07\*1,07 см. В лев. доле в в/3 такой же узел 0,62 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: эналаприл, предуктал MR, аспирин кардио, берлитион, мильгамма, олфен. мидокалм Фармасулин НNР

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. В области ушиба V пальца левой стопы признаков воспаления нет.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з- 22-24ед., п/уж -23-24 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, КАГ по м/ж.
8. Эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
9. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес . Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит. железы в плановом порядке. Повторный осмотр эндокринолога с результатами ТАПБ.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.