#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 179

##### Ф.И.О: Цапко Вячеслав Леонидович

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Запорожье ул. Товарищеская 78

Место работы: ОАО «Запорожоблэнерго» ЗГЭС, главный инженер

Находился на лечении с 10.02.16 по 19.02.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Начальные проявления диабетической дистальной симметричной полинейропатии н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия ОИ Ожирение II ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Многоузловой зоб II. Узлы обеих долей. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, никтурия до 2р за ночь.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: амарил 4 мг утром, глюкофаж 1000 2р/д. Гликемия –13,0-15,0 ммоль/л. НвАIс -10,6 % от 02.2016. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте 1т утром, кардиомагнил 75 мг веч. Узловой зоб с 2013. ТАПБ узла от 2013: соответствует узловой зобу с участками кистозной дегенерации. ТТГ – 0,26, ТГ – 3,0 (0-50) кальцитонин 11,7 (0-8,4). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.02.16 Общ. ан. крови Нв – 132 г/л эритр – 4,0 лейк –6,3 СОЭ –14 мм/час

э- 2% п-1% с- 58% л- 35% м- 4%

11.02.16 Биохимия: СКФ –169 мл./мин., хол –3,07 тригл -2,18 ХСЛПВП -0,81 ХСЛПНП -1,26 Катер -2,8 мочевина –3,8 креатинин –90,5 бил общ –14,5 бил пр –3,6 тим – 1,2 АСТ – 0,53 АЛТ – 1,05 ммоль/л;

15.02.16 общ белок – 6,9

18.02.16 гр. крови 0(1) Rh (-) отр.

15.02.16 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

15.02.16 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 110 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ –105 %; св. гепарин – 0

### 11.02.16 Общ. ан. мочи уд вес 1029 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,026 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; в п/зр

16.02.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

15.02.16 Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – отр

##### 19.02.16 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.02 | 7,2 | 8,6 | 7,1 | 5,3 |
| 15.02 | 7,8 | 6,3 | 5,4 | 4,4 |
| 19.02 | 6,7 |  |  |  |

10.02.16Невропатолог: Начальные проявления диабетической дистальной симметричной полинейропатии н/к, сенсорная форма.

Окулист: VIS OD= 0,2 с кор 1,0 OS= 0,2 с кор 1,0 ;

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

10.2.16ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

15.02.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

11.02.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.02.16 Уролог: онкоосмотр пройден, пр. здоров

11.02.16РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

03.02.16 осмотр к.н.н Вильхового СО. Полинодозный зоб Ш. Узлы пр. доли и перешейка, токсическая аденома, субклинический тиреотоксикоз. Рекомендовано учитывая рост узлов, наличие токсической аденомы, показано оперативное лечение в плановом порядке в отделение трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ.

02.02.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 33,7 см3; лев. д. V = 13,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. в пр доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,68\*1,7 см. у заднего контура 2,68 \* 1,7 см. у заднего контра правой доли такой же узел 2,43\*2,35. С крупными кальцинатами и кистозной дегенерацией. В перешейке конгломерат из двух таких же узлов 2,51 \*1,55. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы правой доли и перешейка.

Лечение: амарил, глюкофаж, Фармасулин Н, нолипрел форте, тиогамма турбо, кардиомагнил, бетак,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

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

глюкофаж (сиофор, диаформин ) 1000 - 1т. \*2р/сут.

На время оперативного лечения подобрана инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з 6-8 ед, п/о 8-10 ед, п/у 4-6 ед под контролем глик. профиля.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: розувастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь. предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., бетаксолол 20 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Рек эндокринного хирурга: показано оперативное лечение в плановом порядке в отделение трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ
7. Б/л серия. АГВ № 235158 с 10.02.16 по 19.02.16. К труду 20.02.16.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.