#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 21

##### Ф.И.О: Мацюк Василий Александрович

Год рождения: 1962

Место жительства: Пологовский р-н, с .Чапаевка, ул. Горького 54 - 13

Место работы: ЧП «Политехника-сервис», охранник, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.01.16 по 20.01.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), с-м вестибулопатии. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Атеросклероз артерий н/к с сохраненной периферической пульсацией. Хроническая ишемия II Б ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 10 кг за 2 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/120 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диамет 850 2р\д, диалон 250 2р/д. Гликемия – 16,0-18,0ммоль/л. НвАIс -7,9% от 07.2015 . Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает престариум 1т утром. В связи с диф. изменениями паренхимы в 2012 АТТГ – 46,4 (0-100) Мме/мл; АТ ТПО –24,5 (0-30) МЕ/мл. ТТГ – 1,2 ММЕ/л (0,3-4,0). Последнее стац. лечение в 2015г. Направлен повторно в связи с гипергликемией. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.01.16 Общ. ан. крови Нв –168 г/л эритр – 5,2лейк – 7,0 СОЭ –9 мм/час

э- 2% п-0% с-50 % л- 42% м-6 %

13.01.16 Биохимия: СКФ –140 мл./мин., хол –5,3 тригл -9,8 мочевина –6,6 креатинин –102 бил общ –12,0 бил пр – 3,0 тим – 16,0 АСТ – 0,77 АЛТ –0,53 ммоль/л;

18.01.16 тропонин - отр.

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

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

15.01.16 Суточная глюкозурия – 1,43%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.01.16 Микроальбуминурия –40,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.01 |  |  | 10,4 | 11,2 |  |
| 12.01 | 12,4 | 14,1 |  |  |  |
| 15.01 | 10,0 | 8,7 | 8,1 | 9,0 |  |
| 17.01 | 7.50-4,7 |  | 9,1 | 9,5 |  |
| 18.01 |  |  | 8,4 | 12,1 | 10,8 |
| 19.01 | 7,7 | 8,3 |  |  |  |

12.01.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), с-м вестибулопатии.

Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9

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

11.01.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось полугоризонтальная. Промежуточная позиция. Неполная блокада ПНПГ.

19.01.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. При сравнении с ЭКГ от 18.01. без отрицательной динамике.

19.01.6Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

12.01.16Ангиохирург: Атеросклероз артерий н/к с сохраненной периферической пульсацией. Хроническая ишемия II Б ст.

14.01.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

14.01.16Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева –1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

12.01.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,2 см3; лев. д. V =8,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диамет, диалон, димарил, диалипон, престариум, индапрес, торвакард, фенигидин, глицисед, карведилол,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. АД 115/70-140/80 мм рт. ст. 17.01.16 в 7.50 был отмечен эпизод резкой слабости, онемение языка, при осмотре дежурного врача снижение АД до 90/60 мм рт. ст., гликемия 4,7 ммоль\л. После в/в введения глюкозы самочувствие улучшилось, сохранялась тенденция гипотонии 110/70-120/75 на протяжении 2х суток без гипотензивной терапии. Возможно данная ситуация связана с началом приема карведилола. Осмотрен повторно невропатологом, кардиологом – без патологии, на ЭКГ – без отрицательной динамики.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета. Снизить вес.
3. ССТ: Димарил (диапирид амарил, олтар ) 1 мг 1т. \*1р/сут. п/з., димарил 2 мг выдан 1уп на руки.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., престариум 10 мг веч., карведилол 12,5 мг веч, фитосед 1т 4р/д.. Контроль АД, ЭКГ. ЭХО КС в динамике.
5. Престариум 5-10 мг утром, индапрес 1и утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р\д 1 мес, седосен форте 1т 2р\д 1 мес.
7. Б/л серия. АГВ № 235126 с 11.01.16 по 20.01.16. К труду 21.01.16.
8. Дообследование у гастроэнтеролога в связи с высокими показателями тим. пробы.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.