#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1132

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

Год рождения: 1967

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

Место работы: ПСП «Левадня» слесарь инв Ш гр

Находился на лечении с 14.08.17 по 25.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. NSS 6 NDS 5. ХБП III ст. поликистоз почек, симптоматическая артериальная гипертензия Ш ст. Энцефалопатия II ст, сочетанного генеза. Цереброастенический с-м. Патология МАГ (извитость ВСА). вестиублоатактический с-м. ДДПП ПОП пролапс L4 L5 протрузия L3. ИБС, стенокардия напряжения 1-II. Ф. кл , митральная регургитация 2 ст. СН II А. ф. кл II. АВ блокада 1 ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб 1. Узел правой доли.Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 15 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/120 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП, однако в связи с патологией почек был переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-16 ед., п/у-12 ед. АИТ, гипертрофическая форма с 2014. АТТПО – 141,8 ( 0-30) ТТГ – 1,4 от 12.08.16. Гликемия –6,4-12,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2014г. МКБ, поликистоз почек с 2011. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 15.08 | 149 | 4,5 | 5,5 | 19 | 1 | 1 | 66 | 30 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.08 | 89,7 | 4,7 | 1,62 | 0,85 | 3,1 | 4,5 | 10,1 | 169 | 15,6 | 3,9 | 1,8 | 0,35 | 0,38 |
| 22.08 |  |  |  |  |  |  | 10,8 | 165 |  |  |  |  |  |

16.08.17 Глик. гемоглобин – 6,3%

18.08.17 ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

15.08.17 К – 5,4 ; Nа –148,6 Са++ 1,25- С1 – 103,5 ммоль/л

22.08.17 К – 4,86 ; Nа –141 Са++ 1,1 С1 – 107,5 ммоль/л

### 16.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 5-6-7 в п/зр белок – 0,046 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

16.08.17 Суточная глюкозурия – отр. Суточная протеинурия – 0,091

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.08 | 6,3 | 7,4 | 5,8 | 7,3 |
| 17.08 | 5,8 | 7,6 | 6,5 | 5,8 |

14.08.17Невропатолог: энцефалопатия II ст, сочетанного генеза. Цереброастенический с-м. Патология МАГ (извитость ВСА). вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. NSS 6 NDS 5 ДДПП ПОП ,пролапс L4 L5 протрузия L3

15.08.17 Окулист: Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды умеренно сужены ,извиты, не выраженный ангиосклероз, вены полнокровны. С-м Салюс 1. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

14.08.17ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

22.08.17ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1-II. Ф. кл митральная регургитация 2 ст. СН II А. ф. кл II. АВ блокада 1 ст. САГ Ш ст.

15.08.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

23.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки поликистоза почек, изменений диффузного типа в паренхиме почек, с уменьшением объема функционирующей паренхимы, множественных конкрементов в почках без нарушения урокинетики, диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст ; с увеличением её размеров и размеров селезенки, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника .

17.08.17 МРТ ПОП: МРТ картина дегенеративно-дистрофических изменений , спондилоартроз дугоотростчатых суставов 2 ст. Циркулярные пролапсы дисков L4-L5 с умеренной компрессией обеих корешковых воронок, больше левых на фоне ретроспондилолистеза L4-L5 позвонков 1 ст. протрузия L3 умеренно выраженный дегенеративный стеноз позвоночного калана L4-L5.

23.08.17 Нефролог: ХБП Ш, поликистоз почек, артериальная гипертензия.

15.08.1 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к1 ст.

15.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =15,4 см3; лев. д. V =12,9 см3

Железа увеличена контуры неровные. Эхогенность паренхиме обычная. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом. В пр доле в в/3 гидрофильный узел 0,73\*0,52 см. с с мелкими ровными контурами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения. Узел правой доли.

Лечение: бисопролол, хипотел, индапрес, амлодипин, магникор, ксефокам, омез, катадалон, Генсулин Н, диалипон, витаксон, тивортин, касарк, физиотенс,

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 16ед., п/уж -12 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 1-3 мес., контроль креатинина ,мочевины, СКФ, Общего белка, К , Na.
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: хипотел 40-80 мг 1р/д, , бисопролол 5 мг 1р/д, Амлодипин 5-10 мг 1р/д, индапрес 2,5 мг 1р/д ,при недостаточном снижении АД физиотенс 0,2 мг веч, контроль АД
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек нвропатолога сермион 30 мг 1р/д 1 мес.
12. Рек. нефролога: диета с ограничением соли, калия,. Адекватная гипотензивная терапия .
13. Б/л серия. АГВ № 671502 с 14.08.17 по 25.08.17. к труду 26 .08.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В