#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1145

##### Ф.И.О: Качан Геннадий Васильевич

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье ул. Европейская 21/65

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.08.17 по 28.08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. NSS 7 NDS 6. Диабетическая энцефалопатия 1 ст. Тревожно-депрессивный с-м, Диабетическая ангиопатия н/к.. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб II ст. Узлы левой доли. Эутиреоидное состояние. ИБС, стенокардия напряжения 1 .ф кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, пекущие боли в стопах, зябкость стоп, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, приступы тревоги, плохой сон.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил). С 2012 олтар, диаформин. В наст. время принимает: диапирид 6 мг утром, диаформин 1000 2р/д Гликемия –12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг, индапрес 2,5 мг, бисопролол 5 мг. АИТ, узловой зоб с 2013 АТТПО – 390 МЕ/мл 2015 ТТГ – 0,1 ММЕ/мл(0,3-4,0), от ТАПБ отказывается. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.08 | 129 | 3,9 | 5,2 | 25 | 1 | 1 | 60 | 34 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.08 | 108 | 4,91 | 4,0 | 0,95 | 2,13 | 4,2 | 6,0 | 107 | 9,5 | 2,2 | 2,3 | 0,41 | 0,55 |

18.08.17 ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/мл

### 16.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1036 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,036 ацетон –отр; эпит. пл. много- ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

17.08.17 Суточная глюкозурия – 3,1%; Суточная протеинурия – 0,039

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.08 | 11,6 | 13,4 | 10,7 | 12,8 |
| 22.08 | 8,5 | 12,7 | 9,0 | 10,7 |
| 26.08 | 9,6 | 11,8 |  |  |

15.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. NSS 7 NDS 6 Рек: лирика 75 мг 1т 2р/д 1 мес, адаптол 500 мг 1т 2р/д 1мес, нуклео ЦМФ 1,0 в/м № 10, церебролизин 10,0 в/в кап №10

21.08.17ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

17.08.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 .ф кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

Рек. кардиолога: суточный мониторинг ЭКГ, ЭХОКС, КТ сердца и сосудов, небивал 2,5- мг 1р/сут, престариум 5-10 мг, аспирин кардио 100 мг. Контроль АД, ЧСС.

15.08.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 р/д .

17.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 30,0см3; лев. д. V = 21,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом . В левой доле, у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,0\*1,64 см. В обеих долях множественные гидрофильные узлы ло 1,0 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: мефармил, димарил диафомрин, диапирид, лизиноприл, индапрес, бисопролол, магникор, тиогамма, витаксон, адаптол, форксига, весел дуэ ф

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Уменьшились частота и интенсивность загрудинных болей. От перевода на инсулинотерапию пациент в данный момент воздерживается.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 6 мг/сут

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

Форксига 10 мг 1т утром. При сохраняющейся гипергликемии показан перевод на комбинированную ССТ.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: лизиноприл 10 мг утром, индапрес 2,5 мг 1т утром, бисопролол 2,5-5 мг, магникор 75 мг веч. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., весел дуэ ф 1т 2р/д до 2 мес.
6. ТАПБ узлов с послед конс. эндокринолога. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В