#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 497

##### Ф.И.О: Добродуб Константин Андреевич

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. Коммунарская 60-6

Место работы: ЧАО КБ»Приват банк», запорожское региональное управление» первый заместитель директора.

Находился на лечении с 03.04.17 по 19.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая периферическая, сенсорно-моторная полинейропатия. (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к 1- II ст. ВРВ 1 ст подкожных вен. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, астено-невротический, цефалгический с-м. Острый паренхиматозный простатит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, учащенное мочеиспускание.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . В наст. время принимает: амарил 2 мг утром, глюкофаж 500 1р/д Гликемия –10 ммоль/л. НвАIс - 6,8% от 10.2016. Повышение АД в течение 17 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте, небилет, аторис, кардиомагнил. 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 |
| 04.04 | 165 | 4,9 | 18,2 | 33 | 2 | 2 | 72 | 20 | 4 |
| 10.04 | 149 | 4,5 | 7,3 | 25 | 5 | 2 | 49 | 36 | 8 |
| 18.04 | 131 | 3,9 | 5,5 | 13 | 5 | 0 | 73 | 19 | 3 |

3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.04 | 120 | 5,6 |  | 1,57 | 1,36 | 3,1 | 6,3 | 78,0 | 10,5 | 2,6 | 3,5 | 0,35 | 1,06 |
| 18.04 |  | 53 | 1,19 | 1,03 | 3,7 | 4,1 |  |  |  |  |  | 0,18 | 0,51 |

12.04.17 Глик. гемоглобин – 7,6%

04.04.17 Анализ крови на RW- отр

13.04.17 Св.Т4 - 24,0 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –20,5 (0-30) МЕ/мл

07.04.17 Св.Т4 - 24,0 (10-25) ммоль/л; АТ ТПО –20,5 (0-30) МЕ/мл

### 04.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк на все в п/зр эрит 2-3 белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

### 11.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

### 18.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -много в п/зр

### 19.04.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

11.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – отр

14.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

19.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.04 |  | 8,7 |  |  |
| 04.04 | 4,6 | 6,8 | 6,5 | 4,7 |
| 10.04 | 8,8 | 7,7 | 8,8 | 6,7 |
| 13.04 | 5,9 |  |  |  |
| 18.04 | 5,7 | 5,7 | 6,1 | 6,5 |

06.04.17ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

03.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1- II ст. ВРВ 1 ст, подкожных вен н/к. .

11.04.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба желчного пузыря в области шейки, застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики, диффузных изменений в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 1 ст в сочетании с хр. простатитом.

05.04.17 уролог: Острый паренхиматозный простатит. Даны рекомендации по лечению. От перевода в урологию отказался.

05.04.17 УЗИ МВС: Эхопризнаки микронефролитиаза с двух сторон, диффузных изменений предстательной железы по типу хр. простатита. Данных за обструкцию мочевыводящих путей нет.

06.04.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,5 см3; лев. д. V = 10,0 см3

Перешеек – 0,31см.

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с небольшим количеством мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тулизид, новакс, серрата, правемор, свечи диклоберл, гептрал, амарил, глюкофаж, нолипрел, актовегин, милдронат

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Купированы явления острого простатита.

Рекомендовано:

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

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Нолипрел 5 мг утром, аторис 10 мг веч. небилет 1т веч, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Б/л серия. АГВ № 235761 с 03.04.17 по 19.04.17. к труду 20.04.17

##### Леч. врач Карпенко И.В

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В