#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1607

##### Ф.И.О: Остапенко Алексей Иванович

Год рождения: 1948

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 23б-108

Место работы: Филиал Запорожского дорожного эксплуатационного участка, гл. механик, инв II гр ЧАЭС 1 кат.

Находился на лечении с 15.11.17 по 28.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия I ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Вправима грыжа средних размеров Состоянии после левосторонней лобэктомии с левосторонней лимфодиссекцией по поводу заболевания н/д левого легкого

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, пекущие боли в н/к, выраженную общую слабость, боли в ногах при ходьбе на расстояние 200-300 м. судороги н/к, онемение, снижение чувствительности в/к и н/к, приступы сердцебиений, одышку при ходьбе

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. омы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (амарил). С 2009 добавлен метформин . В наст. время принимает: димарил 2 мг утром, диаформин 1000 мг 2р/д Гликемия –9-10,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает триплексан1/2 -1 т утром .В 2004 выявлен диффузный зоб, в 2011 узловой зоб, узлы обеих долей АТТГ 59 АТ ТПО –27 (0-30) МЕ/мл от 2011. В 2016 произведено оперативное вмешательство левосторонняя лобэктомия с левосторонней лимфодиссекцией в связи с периферическим Сг н/д левого легкого. 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 |
| 16.11 | 132 | 4,0 | 5,0 | 19 | 3 | 2 | 65 | 29 | 1 |
| 22.11 |  |  |  | 22 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.11 | 56,6 | 5,63 | 2,23 | 1,23 | 3,38 | 3,6 | 6,5 | 109 | 11,4 | 2,7 | 3,8 | 0,29 | 0,38 |
| 22.11 | 50,0 |  |  |  |  |  | 6,7 | 12,3 |  |  |  |  |  |

16.11.17 Глик. гемоглобин – 9,2%

17.11.17ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

16.11.17 К –4,14 ; Nа –138 Са++ -1,08 С1 - 104 ммоль/л

### 16.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

23.11.17 Суточная глюкозурия –1,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.11.17 Микроальбуминурия – 39,1мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.11 | 11,4 | 14,3 | 12,2 | 10,5 |  |
| 19.11 | 10,0 | 11,5 | 8,6 | 10,6 |  |
| 21.11 | 10,0 | 9,6 | 13,8 | 7,6 |  |
| 23.11 | 8,5 | 9,5 | 9,0 | 6,8 |  |
| 27.11 | 8,8 | 8,3 | 10,0 | 7,1 |  |

15.11.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

27.11.17 Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,6 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, с-м Салю 1- IIст. Вены полнокровны. В макулярной области без особенностей Д-з: Начальная катаракта ОИ.

15.11.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

17.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Вправимая пупочная грыжа средних размеров

17.11.17 11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

15.1.117 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,3 см3; лев. д. V 5,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . В пр доел в с/3 расширенный фолликул 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Расширенный фолликул пр. доли .

Лечение: димарил, диаформин, амарил, триплексан, кардиомагнил, атоксил, диалипон,

Состояние больного при выписке: Улучшились показатели гликемии, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: амарил (диапирид, олтар )2 мг 1т. \*1р/сут. п/з., при сохраняющейся гипергликемии увеличить до 3 мг

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: триплексан ½ - 1т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Б/л серия. АДГ № 671691 с 15.11.17 по 28.11.17. к труду 29.11.17

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.