#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 292

##### Ф.И.О: Червонюк Александр Николаевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Василевский р-н, с. В. Криниця ул. Новая 35

Место работы: инв Ш гр «Усадьба Попова», слесарь

Находился на лечении с 24.02.17 по 07.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение NSS-5 NDS 6. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Воспалительный инфильтрат левой пяточной области. Смешанный зоб 1 . Узлы обеих долей. Эутиреоз. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 0 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 24ед., п/у-22-23 ед Гликемия –12-14 ммоль/л. . Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к беспокоят в течение 4 лет, усиление болевого с-ма в течение 6 мес. Смешанный зоб. Узлы обеих долей с 2012. ТТГ – 1,4, АТТПО – 13,0. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

01.03.17 Общ. ан. крови Нв – 144 г/л эритр –4,4 лейк – 4,3 СОЭ –5 мм/час

э- 4% п- 2% с- 51% л- 40% м-3 %

03.03.17 лейк – 4,7

27.02.17 Биохимия: СКФ –112 мл./мин., хол –5,4 тригл – 2,5ХСЛПВП – 0,94ХСЛПНП – 3,32Катер -4,7 мочевина – 3,8 креатинин –89,1 бил общ –10,0 бил пр – 2,5 тим – 1,5 АСТ – 0,50 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

03.03.17 ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

03.02.17 К – 4,46 ; Nа –139,1 Са - 2,07 Са++ - 1,06 С1 - 106 ммоль/л

### 28.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. ед в п/зр

03.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,060

03.03.17 Суточная глюкозурия – 0,75%; Суточная протеинурия – отр

##### 03.03.17 Микроальбуминурия –41,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.03 | 8,0 | 9,3 | 13,2 | 9,4 |  |
| 28.02 | 8,4 | 12,2 | 9,1 | 6,6 |  |
| 02.03 | 6,5 | 7,6 | 5,8 | 8,8 |  |
| 04.03 | 6,6 | 8,7 | 9,4 | 8,5 |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение NSS-5 NDS 6.

01.03.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. вены уплотненны. Единичные микроаневризмы. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

28.02.17 На р-гр левого г/стопного с-ва в 2х проекциях признаки субхондрального склероза, сужение суставных щелей, характерно для ДОА, обызвествление подошвенного апоневроза, пяточная шпора

24.02.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 0. Дислипопротеинэмия.

ЭХО КС: КДР-5,6 см; КДО-151 мл; КСР- 4,8см; КСО-48 мл; УО103- мл; МОК6,7- л/мин.; ФВ- 68%; просвет корня аорты 23- см; ПЛП -4,2 см; МЖП –1,1 см; ЗСЛЖ –1,0 см; По ЭХО КС: Уплотненнее стенок аорты, соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. Дополнительная хорда ЛЖ, с прикрепление в с/3 МЖП

22.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02-06.03.17 Хирург: Воспалительный инфильтрат левой пяточной области в стадии разрешения. Данных за гнойное воспаление нет.

27.02.17РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

27.02.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: . Диаб. ангиопатия артерий н/к.

240.2.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,7 см3; лев. д. V = 7,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,36 см. В пр. доле у заднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,42\*1,07 см. В левой доле в в/3 такой же узел 0,84\*0,59 см Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Фармасулин НNP, диаформин эналаприл, тивориин, витаксон, берлитион, норфлоксацин, перевязки с бетадином.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Воспалительный инфильтрат левой пяточной области в стадии разрешения.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 24-28ед., п/уж -22-26 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь. под контролем липидограммы, АСТ, АЛТ, предуктал МR 1т. \*2р/д. 3 мес. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
6. Берлитион (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.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит, железы в плановом порядке (направление у пациента на руках)
8. Рек хирурга: в дополнительной обработке воспалительного инфильтрата левой пяточной области не нуждается
9. Б/л серия. АГВ № 2356 с 24.02.17 по 07.03.17. к труду 08.03.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В