#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 285

##### Ф.И.О: Макаров Александр Борисович

Год рождения: 1974

Место жительства: Михайловский р-н, пгт Пришиб, ул. Чернышевского 24а

Место работы: АТ «Михайловский райагропостач» зам.директора

Находился на лечении с 23.02.17 по 09.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS – 7. NDS – 14). Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диффузный зоб 1. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисметаболическая энцефалопатия 1, астеноневротический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 22-24ед., п/у-22-24 ед. Диффузный зоб с 2012 ТТГ от 11.03.17 – 0,6, АТТПО – 28,2 ( 0-30). Гликемия –10,2-14,2 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. В анамнезе хронический гепатоз (стеатоз). НФП 2 ст, хронический холецистит, гипомоторная дискинезия ЖВП, вторичный колит (гастроэнтеролог ЗОКБ). Маркеры вирусного гепатита В и С - отр. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.02.17 Общ. ан. крови Нв –148 г/л эритр –4,5 лейк –6,4 СОЭ –5 мм/час

э- 2% п-0 % с-65 % л-29 % м-4 %

24.02.17 Биохимия: СКФ –146 мл./мин., хол –5,8 тригл -5,8 ХСЛПВП -1,04 ХСЛПНП -3,4 Катер -4,6 мочевина –7,6 креатинин –88,0 бил общ –10,8 бил пр – 2,4 тим – 1,8 АСТ –0,55 АЛТ –1,30 ммоль/л;

06.03.17 АСТ – 0,36 АЛТ 1,19

24.02.17 глик гемоглобин – 11,2%

24.02.17ТТГ –1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

### 24.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк –3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. ед- в п/зр

27.02.17 Суточная глюкозурия –1,22 %; Суточная протеинурия – 0,033

##### 03.03.17 Микроальбуминурия –29,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24. | 9,9 | 12,2 | 8,2 | 8,8 |
| 26.02 | 10,3 | 13,0 | 10,2 | 7,8 |
| 01.03 | 9,7 | 10,6 | 7,6 | 6,5 |
| 06.03 | 5,9 | 7,8 |  |  |

23.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS – 7. NDS – 14). Дисметаболическая энцефалопатия 1, астеноневротический с-м.

24.02.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, Вены полнокровны. сосуды умеренно извиты. Микроаневризмы ,микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

27.02.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I.

27.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.02.17 Хирург: ЖКБ хронический калькулезный холецистит.

02.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров и размеров селезенки; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкрементов желчном пузыре, на фоне застоя, кальцинатов селезенке, мелких конкрементов, микролитов почках без нарушения урокинетики, изменений диффузного типа ,кальцинатов в паренхиме простаты без увеличения объема остаточной мочи

24.02.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,5 см3; лев. д. V = 9,1см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, тиоктацид, мильгамма, актовегин, нуклео ЦМФ, стеатель,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-24-26 ед., п/уж -26-28 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
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: арифон ретард 1р\д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
10. Рек. невропатолога: атаракс ½ утрм + ½ в обед + 1 т веч 1 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
12. Рек хирурга: но-шпа при болях 1т УЗИ ОБП в динамике. оперативное лечение в объеме лапароскоической холецистэктомии в плановом порядке. .
13. Б/л серия. АГВ № 2356 с 23.02.17 по 09.03.17. к труду 10.03.17

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В