#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 374

##### Ф.И.О: Мороз Александр Иванович

Год рождения: 1963

Место жительства: г.Запорожье ул. Товарищеская 37а-179

Место работы: Компания «Система», директор

Находился на лечении с 13.03.17 по 24.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма (NSS 5, NDS 4) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диффузный зоб 1. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, цефалгический с-м. ДДПП на поясничном уровне, протрузия L2-L3, L3-L4, L4-L5, мышечно-тонический, болевой с-м, ст. неполной ремиссии. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Неалкогольная жировая дистрофия печени 1 ст . ДЖП по гипомоторному типу, хр. гастрит вне обострения , H-pylory – отр.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . В наст. время принимает: глюкофаж 1000 2р/д. Гликемия – 7,3-10,2ммоль/л. Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.03.17 Общ. ан. крови Нв –171 г/л эритр –5,1 лейк –7,3 СОЭ – 6 мм/час

э-2 % п- 0% с- 59% л- 35 % м- 4%

14.03.17 Биохимия: СКФ –11,8 мл./мин., хол –3,6 тригл – 1,68ХСЛПВП -1,11 ХСЛПНП -1,73 Катер -2,2 мочевина –6,8 креатинин – 100,1 бил общ –10,8 бил пр –2,7 тим – 1,3АСТ – 0,28 АЛТ – 1,03 ммоль/л;

20.07.17АСТ –0,36 АЛТ –0,97 ммоль/л;

17.03.17Св.Т4 – 12,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –3,5 (0-30) МЕ/мл

21.02.17 Глик гемоглобин – 6,22 %

### 14.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - ед в п/зр

15.03.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 17.03.17 Микроальбуминурия – 23,0мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.03 | 6,6 | 5,3 | 5,8 | 6,6 |
| 16.03 | 10,6 | 4,6 | 7,7 | 5,2 |
| 20.03 | 6,0 |  |  |  |

14.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4) хроническое течение ДДПП на поясничном уровне,протрузияд2-L3, L3-L4 L4-L5, мышечно-тонический, болевой с-м. Ст. Неполной ремиссии. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, цефалгический с-м.

14.03.17Окулист: VIS OD=0,9 OS= 0,8

Факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии неравномерно сужены, извиты, склерозированы. Салюс I-II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

13.03.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

16.03.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

14.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.03.17. ФГ ОГК: легкие без инфильтрации корни фиброзно изменены, сердце без особенностей.

22.03.17 Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая дистрофия печени 1 ст . ДЖП по гипомоторному типу, хр. гастрит вне обострения , H-pylory – отр.

15.03.17РВГ: . Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

15.03.17Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева – 1,0. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон. .

20.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3тела, застоя в ж/пузыре, микролитов почках, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ.

14.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,1 см3; лев. д. V = 8,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура мелкозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаформин, нолипрел, тиоктацид, тивортин, стеатель,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
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: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Рек гастроэнтеролога: стол № 5 , режим питания гепадиф 2 3р\д за 30 мин до еды 3 мес, урсоност 2к на ночь 3 мес, контроль печеночных проб через 3 мес.
11. Б/л серия. АГВ № 2357 с 13.03.17 по 24.03.17. к труду 25 .03.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В