#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 377

##### Ф.И.О: Торопов Юрий Владимирович

Год рождения: 1969

Место жительства: Акимовский р-н, с. Новоданиловка ул. Шевченко 10а

Место работы: н/р, инв. войны II гр

Находился на лечении с 13.03.17 по 23.03.17 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. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная посттравматическая энцефалопатия 1, цефалгический с-м. ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4 Правосторонняя паховая вправимая грыжа средних размеров. .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 26ед., п/у- 16ед., Инсуман Базал п/з 42 ед, п/у 32 ед. Гликемия –2016 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к с начала заболевания в течение 5 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает вазар, амлодипин 10 мг веч. ыв анамнезе диффузный зоб с 2013. АТПО – 29,0 (0-30) от 2013, ТТГ – 1,8 , АТТПО – 17,8 от 07.04.16. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

.03.17 Общ. ан. крови Нв – г/л эритр – лейк – СОЭ – мм/час

э- % п- % с- % л- % м- %

14.03.17 Биохимия: СКФ –112,2 мл./мин., хол –5,3 тригл -1,55 ХСЛПВП – 1,14ХСЛПНП -3,4 Катер – 3,6мочевина –6,2 креатинин – 96,8 бил общ –14,7 бил пр –3,7 тим –1,3 АСТ –0,1 АЛТ –0,25 ммоль/л;

15.03.17 Глик. гемоглобин – 10,6%

17.03.17 ТТГ –2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

### 14.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - едв п/зр

14.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

15.03.17 Суточная глюкозурия – 2,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.03.17 Микроальбуминурия – 45,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.09 | 9,5 | 10,4 | 12,6 | 10,7 |
| 16.03 | 8,9 | 10,5 | 13,4 | 9,2 |
| 18.03 | 7,6 | 10,1 | 7,7 | 9,5 |

13.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная посттравматическая энцефалопатия 1, цефалгический с-м.

14.03.17Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды неравномерного калибра, извиты, склерозированы, с-м Гвиста Салюс 1-II, вены полнокровны, широкие, В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.03.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

21.03.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

17.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.03.17Хирург: Правосторонняя паховая вправимая грыжа средних размеров. .

14.03.17РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

14.03.17Допплерография: ЛПИ справа – 1,1, ЛПИ слева – 1,1. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

14.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

13.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,7см3; лев. д. V = 6,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: пирацетам, витаксон, вазар, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, диалипон

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, 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 Рапид п/з- 26-28ед., п/уж 18-20 ед., Инсуман Базал п/з 42-44ед. п/у 32-34ед.
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: аспирин кардио 100 мг 1р\дпредуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., клопидогрель 75 мг, небивалол 5 мг утром, престариум 5-мг веч., аторвастатин 20 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес.,
10. Рек хирурга: оперативное лечение в плановом порядке.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В