#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 390

##### Ф.И.О: Дандара Владимир Сергеевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Ореховский р-н, г .Орехов ул. Металлистов 58

Место работы: ТОВ «Оптимус Плюс», ведущий энергетик, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.03.17 по 27.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 63, NDS 3) Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Кисты единственной правой почки. (нефрэктомия слева 26.11.14 по поводу Сг левой почки) Ожирение I ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб 1. Узел правой доли. Эутиреоз. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. САГ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания диетотерапия. С 2016 назначены ССТ. В наст. время принимает: амарил 2 мг утром сиофор 1000 веч Гликемия –10-12 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг утром. В 2013 МКБ , проводилась литтотрепсия. В 2014 выявлен Сг левой почки ,проведена нефрэктомия слева. С 02.2017 отмечает повышение креатинина до 150. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции СТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.03.17 Общ. ан. крови Нв – 142 г/л эритр – 4,4 лейк – 5 ,9 СОЭ –10 мм/час

э-1 % п- 2% с- 68% л- 20 % м-9 %

20.03.17 Биохимия: СКФ –78,5 мл./мин. мочевина –7,4 креатинин –128,7 АСТ – 0,32 АЛТ – 0,85 ммоль/л;

16.03.17 Биохимия: СКФ –78,5 мл./мин., хол –4,8 тригл -2,12 ХСЛПВП -0,83 ХСЛПНП – Катер -4,8 мочевина – 7,5 креатинин –118,8 бил общ – 10,8 бил пр –2,7 тим –2,1 АСТ – 0,55 АЛТ – 1,38 ммоль/л;

22.03.17 общий белок – 72,2

24.03.17 Св.Т4 - 16,0 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/млАТ ТПО – 74,5 (0-30) МЕ/мл

20.03.17 НвsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

17.03.17 К – 4,71 ; Nа – 140,5 Са - 1,12 Са++ - С1 -100,9 ммоль/л

### 17.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – много ; эпит. перех. –ед в п/зр

17.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

17.03.17 Суточная глюкозурия –0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.03.17 Микроальбуминурия – 36,2мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.03 | 7,5 | 8,8 | 6,2 | 7,2 |
| 18.03 | 6,6 | 7,0 | 7,3 | 7,2 |
| 20.03 | 5,7 | 8,1 | 8,0 | 7,2 |
| 22.03 | 5,7 | 8,8 |  | 8,6 |
| 23.03 | 7,1 | 8,6 |  |  |
| 24.03 |  |  |  |  |

15.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 63, NDS 3) хроническое течение

17.03.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Факоскелроз Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуд сужены, умеренно извиты склерозированы, вены полнокровны, Салюс I. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

15.03.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Блокада передней ветви ЛНПГ.

16.03.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. САГ

16.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.03.17 Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

21.03.17 Нефролог: ХБП II ст. Кисты единственной правой почки. (нефрэктомия слева 26.11.14 по поводу Сг левой почки)

20.03.17 Уролог ЗОКОД: Сг левой почки. pТ3N0M0 стадия 3 группа 2

16.03.17 РВГ: Нарушение кровообращения справа I ст. слева - N , тонус сосудов N.

21.03.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см .выше

16.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 20,6 см3; лев. д. V = 6,3 см3

Щит. железа увеличена за счет правой доли, Контры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. В пр доле с /3 конгломерат изоэхогеных узлов с гидрофильным ободком 2,7\*1,9 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Инсуман Базал, эналаприл, сиофор, тиогамма,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, онколога, нефролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-16 ед., п/уж -4-6 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: амлодипин 5-10 мг 1р\д, . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, суточное мониториование ЭКГ по м/ж.
8. Тиогамма 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.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ проведена 22.03.17 ( в работе). Повторный осмотр эндокринолога с результатами.
10. Рек нефролога: показано наблюдение онкоуролога
11. Рек онкоуролога: см. консультативное заключение.
12. Контроль креатинина, мочевины в динамике.
13. Б/л серия. АГВ № 2357 с 15.03.17 по 27.03.17. к труду 28.03.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А

Нач. мед. Карпенко И.В