#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 136

##### Ф.И.О: Биюн Виктор Григорьевич

Год рождения: 1957

Место жительства: г. Запорожье ул. 40 л Победы 57 а- 76

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 27.01.17 по 10.02.17 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, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочтенного генеза, цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-1. Риск 4. Язвенная болезнь а/фаза хронический эрозинвый гастродуоденит в стадии обострения. Рубцовая деформация луковицы ДПК, ассоциированный с H-pylory. ЖКБ калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, 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 1996г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диапирид 4 мг, диаформин 1000 2р/д. АИТ, гипертрофическая форма с 2004. АТТПО – 167,0 (0-30) от 21.05.04. ТТГ – 1,4 ( 0,3-4,0) Гликемия –8,7-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2010г. Боли в н/к с начала заболевания в течение 30 лет. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает ко-пренесса 8/2,5. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.01.17 Общ. ан. крови Нв – 171 г/л эритр – 5,1лейк –4,7 СОЭ –10 мм/час

э- 2% п- 3% с- 62% л- 27 % м-6 %

30.01.17 Биохимия: СКФ – 96,5мл./мин., олл –5,7 тригл -1,72 ХСЛПВП -1,27 ХСЛПНП -3,6 Катер -3,5 мочевина –3,8 креатинин – 100,1 бил общ – 13,8 бил пр –3,4 тим –1,5 АСТ – 0,28 АЛТ – 0,32 ммоль/л;

03.01.17 Глик. гемоглобин -8,4 %

30.02.17 Анализ крови на RW- отр

06.02.17 С-реактивный белок – отр

### 09.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

31.01.17 Суточная глюкозурия – 0,32%; Суточная протеинурия – отр

##### 02.02.17 Микроальбуминурия – 36,9мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.01 | 9,8 | 7,5 | 7,6 | 9,6 |
| 01.02 | 9,5 | 11,2 | 5,5 | 8,1 |
| 07.02 | 9,0 | 8,7 | 5,1 | 5,3 |
| 09.02 | 8,2 |  |  |  |
| 10.02 | 8,0 |  |  |  |

30.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия1, сочтенного генеза, цереброастенический с-м.

06.02.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD= 18 OS=20

Факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены, извиты, склерозированы. С-м Салюс 1- II, Единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

27.01.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

31.01.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

02.02.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.02.17 Гастроэнтеролог: Язвенная болезнь а/фаза хронический эрозивный гастродуоденит в стадии обострения. Рубцовая деформация луковицы ДПК, ассоциированный с H-pylory. ЖКБ калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст.

02.02.17 ФГДЭС: эрозивная гастродуоденопатия . Рубцовая деформация луковицы ДПК.

06.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст множественных конкрементов в желчном пухзыре выполняющих почти всю полость желчного пузыря, крупной краевой кисты в включением в левой почки, мелких единичных кист в почках, нельзя исключить наличия микролитов почках, без нарушения урокинетики, гиперплазии, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ .

27.0.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,2 см3; лев. д. V =9,7 см3

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

Лечение: диапирид, диаформин, ко-пренесса, хемопамид, тиогамма, нейрорубин, актовегин, нуклео ЦМФ, стеатель, Инсуман Базал.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая уровень глик. гемоглобина возможно добавить к лечению препарат Ш ряда ( комбоглиза, форксига)

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/у-12-14 ед.,

ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 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: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек гастроэнтеролога: стол № 5 режим питания, платинол 3 т 2р/д 7 дней, пробиз 1т 2р/д 14 дней, даларгин 1,0 в/м 10 дней, гастронорм (де-нол) 2т 2р/д за 30 мин до еды 2 нед, конс. хирурга по м\ж.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В