#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 152

##### Ф.И.О: Чуча Владимир Викторович

Год рождения: 1966

Место жительства: г.Запорожье ул. Чаривная 153-40

Место работы: инв Ш гр , н/р

Находился на лечении с 31.01.17 по 10.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Запаянный зрачок (исход увеита), осложненная катаракта, деструкция стекловидного тела ОД. Васкуляризирующее бельмо роговицы, атрофия зрительного нерва OS . Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб 0-1 ст. Узлы левой доли Эутиреоидное состояние. Правосторонняя паховая грыжа, состояние после герниопластики (01.2017). Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения ОД, отсутствие зрения OS., боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, отеки голеней, стоп к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С .04.2016 в связи с декомпенсацией, наличием гепатита С, амбулаторно переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 10-12ед., п/у- 10-12ед., приобретает самостоятельно. Гликемия –4,6-7,0 ммоль/л. НвАIс -6,3 % от 11.2016. Узловой зоб с 2006. В 2012 ТАПБ : Цитологическая картина представлена скудным базофильным коллоидом, клеток фолликулярного эпителия. Повышение АД эпизодически, гипотензивную терапию не принимает. В анамнезе болезнь Рейтера. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

01.02.17 Общ. ан. крови Нв –159 г/л эритр –4,8 лейк – 5,1 СОЭ – 13 мм/час

э-1 % п-0 % с- 70% л-23 % м- 6%

02.01.17 Биохимия: СКФ –127,6 мл./мин., хол –2,9 тригл -1,31 ХСЛПВП -0,85 ХСЛПНП -1,45 Катер -2,4 мочевина –5,1 креатинин –78,1 бил общ –10,7 бил пр –2,6 тим –4,6 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

02.02.17ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 78,0 (0-30) МЕ/мл

03.02.17 К – 4,98 ; Nа – 140 Са – 2,21 Саи – 1,2 С1 - 100 ммоль/л

### 06.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

06.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

02.0.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.02 | 5,9 | 7,6 | 6,7 | 7,7 |
| 06.02 | 5,8 | 6,7 | 5,3 | 10,6 |
| 08.02 | 5,8 |  |  |  |
| 09.02 |  |  |  | 6,6 |

20.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

31.01.17 Окулист: VIS OD=0,7-0,75=0,8 OS= ноль ; ВГД OD= 21 OS=24 В насоящее время обострения на ОД нет. Д-з: Запаянный зрачок (исход увеита) осложненная катаракта, деструкция стекловидного тела ОД. Васкуляризирующее бельмо роговицы, атрофия зрительного нерва OS.

31.01.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

09.02.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

07.02.17 Ревматолог: В настоящее время является участников клин. исследования (со слов) проходит лечение и наблюдение в 7-й гор. больнице.

09.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

31.01.17Хирург: Правосторонняя паховая грыжа, состояние после герниопластики (01.2017)

31.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V = 6,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,3 см. В левой доле в н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,29\*0,93 с крупными линейными кальцинатами. У переднего контура левой доли узел с кальцинированной стенкой 0,6см,. рядом дугообразный кальцинат 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доли

Лечение: Генсулин Н, тиогамма турбо, тивортин, мильгамма, дифталь, кузимолол, корвалол,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Сохраняется низкое зрение ОД.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-12-14 ед., п/уж -10-12 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: тризипин лонг 1000 мг 1т\сут 1 мес, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.,
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Рек. окулиста: лифталь 1к 4р/д ОД, кузимоло 0,5% 1р\д в ОД

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В