#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 248

##### Ф.И.О: Засоба Виктор Николаевич

Год рождения: 1952

Место жительства: Розовский р-н, с. Солодководное, ул. Мира 72-2

Место работы: инв Ш гр, ООО «НВП агрофирма «Солодководное» слесарь

Находился на лечении с 17.02.17 по 27.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Многоузловой зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Гипертензивная ангиопатия сетчатки ОИ. Дислипропротеинэмия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 30ед., п/у- 20ед. метамин 1000 2р\д. Гликемия –7,5-10,2 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 9 лет. Повышение АД в течение 16 лет. Многоузловой зоб с 2006. ТАПБ в 2006 – аденоматозный узел АТТПО – 28,2 от18.02.11. ТТГ- 2,2 от29.03.13. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.02.17 Общ. ан. крови Нв – 141 г/л эритр – 4,2 лейк – 5,0 СОЭ – 23 мм/час

э- 0% п- 0% с-62 % л- 30% м-8 %

20.02.17 Биохимия: СКФ –158 мл./мин., хол –5,6 тригл – 3,0 ХСЛПВП -0,76 ХСЛПНП -3,5 Катер -6,4 мочевина –6,5 креатинин – 65 бил общ –18,9 бил пр –4,5 тим –1,44 АСТ –0,28 АЛТ –0,19 ммоль/л;

24.02.17ТТГ –1,6 (0,3-4,0) Мме/мл

### 21.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

20.02.17 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 23.02.17 Микроальбуминурия –113,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.02 | 6,2 | 11,1 | 11,6 | 10,9 |
| 22.02 | 4,5 | 9,9 | 7,6 | 6,0 |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза цереброастенический с-м.

22.02.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

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

17.02.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. .

Кардиолог: Гипертензивная ангиопатия сетчатки ОИ. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

20.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.2.17РВГ: Нарушение кровообращения справа - II ,слева II – Ш ст, Тонус сосудов в норме.

24.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре. Конкрементов в почках, гиперплазии простаты, изменений диффузно типа в её паренхиме по типу ДГПДЖ

17.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4см3; V лев. д.= 8,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура , крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле у заднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,53\*1,26 см. с крупным кальцинатов, рядом такой же узел 0,52 В левой доле у перешейка такой же узел 1,84\*1,14. В с/3 левой доле . гидрофильный узел 0,51 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: диаформин, хипотел, вазотал, тиогамма, мильгамма, актовегин, нуклео ЦМФ, стеатель, Хумодар Б100Р.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: Хумодар Б100Р п/з-30-32 ед., п/уж -20-22 ед

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 би форте 1т\*утром, аторвастатин 20 мг. Контроль липидораммы.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
7. Контроль ОАК в динамике.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Б/л серия. АГВ № 2356 с 17.02.17 по 27.02.17. к труду 28 .02.17

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В