#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1438

##### Ф.И.О: Горуненко Виктор Петрович

Год рождения: 1948

Место жительства: Веселовский р-н, с. Матвеевка ул. Магистральная 86

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 31.10.18 по  10.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 0-1. Мелкий узел левой доли. Эутиреоз. ИБС, стенокардия напряжения 1 ф .кл. диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Субконъюнктивальное кровоизлияние ОД. Начальная катаракта, Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: диаформин 1000 мг 2р/д, + диапирид 3 мг утром. Гликемия 10-15– ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает триплексам 1т 1р/д, Узловой зоб 1 ст. мелкий узел с 2016 10.2017 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0). АТТПО – 27,7. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 01.11 | 159 | 5,23 | 8,4 | 13 | |  | | 1 | 0 | 59 | 38 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.11 | 63,6 | 4,96 | 1,8 | 1,09 | 3,04 | | 3,6 | 11,9 | 116 | 15,6 | 3,1 | 0,9 | | 0,32 | 0,12 |
| 05.11 |  |  |  |  |  | |  | 7,3 | 107 |  |  |  | |  |  |

02.11.18 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

01.10.18 К –4,8 ; Nа –138 Са++ - 1,15 С1 -101 ммоль/л

### 08.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

02.11.18 Суточная глюкозурия – 4,52%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.11.18 Микроальбуминурия 44,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.11 | 8,1 | 11,3 | 8,3 | 11,2 |
| 04.11 | 7,8 | 7,8 | 9,1 | 9,5 |
| 06.11 | 7,6 | 10,1 | 5,9 | 8,3 |
| 08.11 | 7,0 | 7,5 |  |  |

01.11.18 Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,5 ;.

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно сосуды узкие, извиты, склероз, вены полнокровны, с-м Салюс 1-2ст, в макуле без особенностей. Д-з: Субконъюнктивальное кровоизлияние ОД. Начальная катаракта. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

06.11.18 ЭКГ: ЧСС – 85 /мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево.

01.11.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф .кл. диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

ЭХО КС:

27.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

01.11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

07.11.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст ; с увеличением размеров печени и селезенки, перегиба желчного пузыря в/3 тела, фиброзирования поджелудочной железы, нельзя исключить наличие микролитов левой почке, изменений диффузного типа в паренхиме простаты по типу ДГПЖ 2 ст

31.10.18.УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,6 см3; лев. д. V =5,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. В левой доле в /3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,74\*0,57 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: узел левой доли. .

Лечение: димарил ,асафен, вазилип, диаформин, триплексам, эспа-липон, актовегин, предуктал MR, витаксон.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога, кардиолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

метформин (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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС. КТ сердца и сосудов, предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д эналарпил 10-20 мг 2р/д . Контроль АД..
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. При росте узла щит железы направить на ТАПБ
7. Конс уролога п ом/ж учитывая изменения по данным УЗИ простаты.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.