#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 930

##### Ф.И.О: Валеев Владимир Кадырович

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Энергодар ул. Козацкая 32-8

Место работы: ДП НАЭК Энергоатом» ВП ЗАЭС», инспектор

Находился на лечении с 10.07.18 по  20.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Смешанный зоб 2. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Состояние после ТУР предстательной железы, аденомы, вскрытие абсцессов предстательной железы. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ДЭП 1, церебрастенический с-м, вертеброгенная люмбалгия, ремитирующее течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, 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, жжение кожных покровов.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . С 12.2017 в связи с декомпенсацией СД переведен на комбинированную терапию:. Лантус п/у 26-28 ед, диаформин 1000 мг 2р/д. С 30.05.18-12.06.18 стац лечение в урологич. отд ЗОКБ с диагнозом Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Абсцессы предстательной железы. 06.2018 проведено ТУР аденомы предстательной железы, иссечение абсцессов, в связи с чем был переведен на интенсивную схему инсулинотерапии. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о-10 ед., п/у-10ед., Лантус п/з – 32 ед. Гликемия –6-12 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает престилол 5\10 мг утром, физиотенс 0,2 мг в обед, леркамен 20 мг веч. Смешанный зоб II, узлы обеих долей диагностирован в 2014, ТАПБ 17.01.14 - цитологическая картина пунктатов обеих долей соответствует узловому зобу с участками кистозной дегенерации узлов. 11.2017 ТТГ – 1,68, Т4св – 16,9. 01.06.18 ТТГ – 0,58, Т4св – 1,34 АТТПО – 2,0, Т3св – 7,61. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.07 | 142 | 4,3 | 6,5 | 24 | |  | | 1 | 2 | 60 | 32 | | 5 | | |
| 19.07 | 141 | 4,3 | 7,0 | 20 | |  | | 2 | 2 | 59 | 32 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.07 | 86 | 4,3 | 1,56 | 1,57 | 2,0 | | 1,7 | 6,0 | 81 | 10,3 | 2,6 | 0,8 | | 0,35 | 0,47 |

11.07.18 Глик. гемоглобин -8,0 %

11.07.18 АЧТЧ – 29,1 МНО 0,9 ПТИ 111,4 фибр – 18,8

17.07.18 К – 3,7 Na – 138

### 11.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

12.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -16000 эритр -2000 белок – 0,026

13.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5000 эритр -500 белок – 0,020

12.07.18 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – 0,038

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.07 |  | 11,3 | 7,1 | 6,3 | 5,6 |
| 11.07 | 6,2 | 9,4 | 7,4 | 9,9 |  |
| 13.07 | 7,7 | 9,6 | 9,9 | 10,4 |  |
| 15.07 | 6,3 | 8,4 | 10,2 | 12,7 |  |
| 17.07 | 5,9 | 7,2 |  |  |  |
| 18.07 | 5,3 |  | 6,5 |  |  |
| 19.07 | 7,4 | 9,7 | 10,0 | 9,4 |  |

10.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). ДЭП 1, церебрастенический с-м, вертеброгенная люмбалгия, ремитирующее течение.

11.07.18 Окулист: ОИ артифакия, .

Гл. дно: артерии сужены, вены полнокровные, ангиосклероз, множественные микроаневризмы твердые экссудаты , рефлекс сглажен ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Д-з: Артифакия ОИ Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.07.18ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

18.07.18 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

11.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

16.07.18 Уролог: Состояние после ТУР предстательной железы, аденомы, вскрытие абсцессов предстательной железы.

110.7.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено Ш ст с обеих сторон.. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов сохранена. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

03.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 14,0 см3; лев. д. V = 35,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, в целом однородная В пр доле у перешейка гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,4\*0,98 с мелкими кальцитами. В с/3 пр доли такой же узел 0,9\*0,62 см. Левая доля представлена изоэхогенным узлом с гидрофильным ободком, размеры его совпадают с размерами левой доли. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Узлы обеих долей. При сравнении с УЗИ от 11.12.17 рост узлов не отмечается.

Лечение: Лантус, глюкофаж, фуромаг, неогабин, Актрапид НМ, престилол, физиотенс, леркамен, диалипон, актовегин, келтикан.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован приемом комбинированной ССТ (Лантус +глюкофаж). Уменьшилась сухость во рту, жажда, боли в н/к, жжение кожных покровов. АД 130/80мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Лантус п/у 28-30 ед,

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: триплексан 10/2,5/10 мг 1р/д, фзииотенс 0,2 мг 1р /д веч. контроль АД.
5. Диалипон 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.
6. Рек. невропатолога: неогабин 150 мг 2р/д 1 мес, келтикан 1т 2р/д 1 мес,
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод. Йодомарин 100 мкг 1р/д 6 мес. При росте узлов повторить ТАПБ.
8. Рек уролога: фуромаг 50 мг 1т 3р/д 10 дней (принимает с 16.07.18) Повторный осмотр уролога с результатами бак посева.(произведен бак посев мочи 16.07.18 – в работе)
9. Продолжение б/л сер АДГ № 746087 Б/л серия. АДЛ № 1776 с 10.07.18 по 20.07.18 к труду 21.07.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.