#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 756

##### Ф.И.О: Стрижак Александр Григорьевич

Год рождения: 1942

Место жительства: г. Запорожье ул. Брюлова 14-50

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 31.05.18. по 13.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диффузный зоб 1. Эутиреоз. ИБС, диффузный кардиосклероз. Полная блокада ПНПГ СН II А ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Варикозная болезнь н/к. ВРВ II ст ( поверхностных) голени с двух сторон.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. В наст. время принимает: метамин 1000 мг утром, глимак 4 мг 1р/д, Хумодар Б100Р п/у- 10ед., Гликемия –8-12 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает семлопин 5 мг 1р/д, эналаприл 10 мг 1р/д 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 | | |
| 01.06 | 154 | 4,6 | 5,6 | 32 | |  | | 2 | 1 | 63 | 32 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.06 | 42,5 | 7,14 | 2,76 | 1,3 | 4,57 | | 4,5 | 7,6 | 120 | 13,1 | 3,2 | 0,62 | | 0,14 | 0,16 |

01.06.18 Глик. гемоглобин – 11,0%

01.06.18 К – 5,11 ; Nа – 137,7Са++ -1,09 С1 - 107 ммоль/л

04.06.18 АЧТЧ – 29,2 МНО – 0,94 ПТИ 106 фибр – 3,3

04.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-113 мкмоль/л; креатинин мочи- 5060 мкмоль/л; КФ-57,29 мл/мин; КР- 97,8 %

### 01.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

07.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,158

04.05.18 Суточная глюкозурия – 1,5%; Суточная протеинурия – 0,198

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.05 |  |  |  | 14,2 |  |
| 02.06 | 7,8 | 14,8 | 13,5 | 13,8 |  |
| 05.06 | 7,9 | 15,6 | 13,6 | 15,4 |  |
| 07.06 | 6,8 | 6,2 | 7,3 | 13,3 |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Выберите элемент. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.06.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. блокада передней ветви ЛНПГ, Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

05.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

04.06.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. Полная блокада ПНПГ СН II А ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

01.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

04.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь н/к. ВРВ II ст ( поверхностных) голени с двух сторон.

01.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

31.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,9 см3; лев. д. V = 4,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,35. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, хипотел, предуктал MR, Хумодар Р100Р , суприлекс, персен, фенигидин, амлодипин, эналаприл, диаформин, торадив

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-4-6 ед.,., п/уж -2-4 ед., Хумодар Б100Р п/з 16-18 ед п/у 8-10 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: хипотел 40 мг. трифас 5 мг 1р/д ,предуктал MR 5 мг 1т 2р/д . ЭХОКС по м/ж
9. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
10. Осмотр окулиста, невропатолога по м/ж.
11. Анализ крови на ТТГ, АТТПО по м/ж ( во время стац лечения отказался), с послед. осмотром эндокринолога.
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.