#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 837

##### Ф.И.О: Дереча Эдуард Леонидович

Год рождения: 1967

Место жительства: К-Днепровский р-н, г. К-Днепровская ул. Ленина 35-4

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 18.06.18 . по  27.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Варикозная болезнь н/к ВРВ Ш ст обоих н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение Ш ст. (ИМТ 41 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, кардиосклероз постинфарктный СН II , ф кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (сиофор, виктоза). С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведен на комбинированную терапия. принимал Хумодар Б100Р С 2017 принимает Актрапид НМ, Протофан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 12ед., п/о-13 ед., п/у- 14ед., Протафан НМ 22.00 – 25 ед . Гликемия –10,4-16,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ, гипотиреоз с 2016 АТТПО – 58,3 ( 0-30) АТТГ от 2016 – 7,8 ( 0,3-4,0). Заместительную терапию не принимал. 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 | | |
| 19.06 | 127 | 3,8 | 11,0 | 43 | |  | | 1 | 3 | 73 | 19 | | 4 | | |
| 27.06 |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.06 | 98 | 6,77 | 2,27 | 1,08 | 4,64 | | 5,3 | 5,4 | 101 | 19,9 | 3,6 | 3,9 | | 0,38 | 0,36 |

19.06.18 Глик. гемоглобин – 12,1%

19.06.18 К – 4,26 ; Nа –136 Са++ -1,11 С1 - 98 ммоль/л

### 19.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

22.06.18 Суточная глюкозурия –5,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.06.18 Микроальбуминурия –136,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.06 | 15,5 | 16,9 | 13,1 | 12,4 |
| 21.06 | 11,9 | 10,6 | 10,6 | 10,5 |
| 24.06 | 10,2 | 8,8 | 11,1 | 10,6 |
| 26.06 | 10,6 |  | 8,3 | 9,1 |
| 27.06 |  |  |  |  |

2016 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

19.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиосклеророз, с-м Салюс 1 , вены умеренно расширены, сосуды извиты, задний полюс без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

18.06.18 ЭКГ: ЧСС - 109уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ .

20.8.18Кардиолог: ИБС, кардиосклероз постинфарктный СН II, ф кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

21.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Варикозная болезнь н/к ВРВ Ш ст обоих н/к

19.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено 1 ст. 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 сохранена

26.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-3ст ; гепатомегалии, тенденцией к увеличению размеров селезенки, фиброзирования поджелудочной железы.

18.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,8 см3; лев. д. V = 9,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: мефармил, нолипрел, пирацетам, диалипон, актовегин, стеатель, нуклео ЦМФ, Актрапид НМ, Протафан НМ

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, снижение массы тела за время госпитализации минус 5 кг, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, 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 < 7,5%
4. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

Джардинс 10 мг утром.

1. Контроль глик. гемоглобина через 3 мес с послед. осмотром эндокринолога для определения тактики ведения пациента., 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: аспирин кардио 100 мг 1р/д нолипрел бифорте 1т 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д . эплепрес 25 мг утром.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.