#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 667

##### Ф.И.О: Дандара Владимир Сергеевич

Год рождения: 1957

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов ул. Металлистов 58

Место работы: ООО «ОптимуагроТрейд» , ведущий энергетик

Находился на лечении с 14.05.18. по 23.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к., ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Смешанный зоб IIст. Узе лправой доли щит железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Симптоматическая аретриальная гипертензия 2 ст. ЖКБ хр. калькулезный холецистит вне обострения

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение пальцев стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. С начала заболевания соблюдал диетотерапию. С 2016 назначен амарил, сиофор. В 2017 переведен на Инсуман Базал по схеме 2х кратного введения. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 16ед., п/у-6 ед Гликемия – 3-10ммоль/л. НвАIс – 10,8 % от 03.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. В 2013 выявлен узловой зоб, узел правой доли щит железы. 2017 ТАПБ – цитологчиескатиная - аденоматозная гиперплазия на лифоматозного тиреоидита. АТ ТПО –74,5 (0-30) МЕ/мл от 2017. В 2014 выявлен Сг левой почки, левостороння нефрэктомия. Артериальная гипертензия более 10 лет. принимает эналаприл Н 1т 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 | | |
| 15.05 | 158 | 4,8 | 5,6 | 26 | |  | | 1 | 0 | 69 | 25 | | 5 | | |
| 18.05 | 135 | 4,1 | 5,0 | 22 | |  | | 1 | 1 | 63 | 34 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 15.05 | 69,2 | 5,65 | 1,84 | 1,09 | 3,71 | | 4,1 | 4,3 | 114 | 8,3 | 2,0 | 3,0 | | 0,39 | 0,72 |
| 18.05 |  |  |  |  |  | |  | 6,2 | 112 |  |  |  | |  |  |

18.05.18 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

18.05.18 К –4,91 ; Nа – 141,9 Са++ -1,14 С1 -103 ммоль/л

### 15.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

17.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр - 250 белок – отр

16.05.18 Суточная глюкозурия –2,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 18.05.18 Микроальбуминурия –28,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.05 | 10,5 | 13,0 | 10,9 | 12,1 |
| 16.05 | 8,0 | 11,5 | 12,9 | 10,0 |
| 17.05 | 8,0 | 8,1 | 8,8 | 6,9 |
| 20.05 | 6,4 | 9,3 | 7,0 | 10,5 |

15.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

14.05.18ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ

14.05.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. САГ 2 ст.

Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг, предуктал MR 1т 2р/д.

Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

17.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

05.18РВГ: 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.

17.05.18 Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

14.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 24,9 см3; лев. д. V = 6,8 см3

Щит. железа увеличена за счет пр доли. Контура ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернситая с множественными гидрофильными очагами до 0,4 см. В пр доле в /3 конгломерат из двух гипоэхогенных узлов с гидрофильным ободком 3,2\*2,34см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы узел правой доли.

Лечение: Инсуман Базал, эналаприл, кардиомагнил, диаформин, канефрон.

Состояние больного при выписке: За период стац лченяи коррегированы дозы инсулина. Уровень гликемии соответствует целевым значениям. Сохраняются пекущие боли в н/к, преимущественно в ночное время, онемение пальцев стоп. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, сохраняющийся болевой с-м н/к, решением ЛКК, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Бердянск»

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-10 ед., п/уж -20 ед

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000мг утром + 500 мг веч

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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 14.05.18. по 23.05.18 . продолжает болеть. С 05.18 б/л серия АДЛ № 1775 на реабилитационное лечение в санаторий «бердянск» № договора

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.