#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1371

##### Ф.И.О: Терец Виктор Александрович

Год рождения: 1938

Место жительства: В-Белозерский р-н, с. В Белозерка ул. Гоголя 13

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 18.10.18 по  31.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ДГПЖ 1 ст. Узловой зоб 1.Мелкий узел левой доли. Эутиреоз. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл., диффузный кардиосклероз. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН 1. САГ II ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, прогрессирующее снижение памяти., гипогликемические состояния при нарушениях режиме питания, физ нагрузок,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Стабил п/з- 18ед., п/у- 12ед.Гликемия –4,5-9,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. 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 | | |
| 19.10 | 141 | 4,2 | 5,9 | 42 | |  | | 1 | 2 | 68 | 28 | | 1 | | |
| 23.10 |  |  | 5,9 | 5 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.10 | 66,5 | 4,3 | 1,29 | 1,22 | 2,5 | | 2,5 | 6,8 | 81 | 9,2 | 2,0 | 1,8 | | 0,21 | 0,13 |

19.10ТТГ – 3,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 60,2 (0-30) МЕ/мл

### 19.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

24.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000 эритр - 250 белок – отр

23.10.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.18 Микроальбуминурия –92,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.10 2.00- 3,8 | 7,3 | 11,0 | 8,5 | 8,8 |
| 20.10 | 5,2 | 8,5 | 10,0 | 8,6 |
| 24.10 | 5,4 | 11,3 | 6,7 | 10,0 |
| 30.10 |  | 12,3 |  |  |
| 31.10 |  |  |  |  |

24.10.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды узкие вены полнокровные, ед. микроаневризмы, точечные геморрагии. В макуле б/о. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.10.18ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

19.10.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл., диффузный кардиосклероз. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН 1. САГ II ст.

29.10.18 Уролог: ДГПЖ 1 ст. Данных за онкопатологию не выявлено.

21.10.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш cт.

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

23.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; гиперплазии, диффузных изменений в паренхиме простаты по типу ДГПЖ.

18.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V =4,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, в левой доде в с/3 гидрофильный узел 0,7\*0,59 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Узел левой доли

Лечение: Инсуман Стабил, тиолипон турбо, актовегин, витаксон, нуклео ЦМФ, предуктал MR вазилип, асафен,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, повышение гликемии в 11.00 связывает с нарушением режима диетотерапии, гипогликемических состояний не отмечается, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное 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: Инсуман Стабил п/з- 18-20ед., п/уж -8-10 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: дообследование суточное мониторирование ЭКГ, ЭХОКС. Предуктал MR 1т 2р/д. аспирин кардио 100 мг 1р/д конс невропатолога.
9. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
10. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. При росте узла щит железы направить на ТАПБ.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.