#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 191

##### Ф.И.О: Чуча Александр Станиславович

Год рождения: 1972

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Ивановка, ул. Щорса 18

Место работы: Запорожская Епархия Украинская Православная Церковь, священник инв Ш

Находился на лечении с 06.02.18 по 09.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), Диабетическая ангиопатия артерий н/к ДЭП II смешанного генеза, цереброастенчиеский с-м. Ожирение II ст. (ИМТ38 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Многоузловой зоб 1. Узлы обеих долей. Гипертоническая болезнь I стадии

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. . Комы отрицает. С. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 22ед., п/о- 28ед., п/у- 24ед.,Хумодар Б100Р 22.00 40 ед. диаформин 100 мг 2р/д Гликемия –9-13 ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мгг 3р/д. АИТ, многоузловой зоб с 2013 08.2017 ТТГ – 0,4 АТТПО – 188 (0-30) МЕ/мл Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.02 | 152 | 4,9 | 4,1 | 11 | 2 | 4 | 75 | 16 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.02 | 118 | 4,52 | 5,4 | 0,96 | 1,08 | 3,7 | 7,0 | 86 | 18,3 | 4,5 | 5,7 | 0,38 | 0,64 |

08.02.18 Глик. гемоглобин -10,2 %

07.02.18 К – 5,09 ; Nа –134 Са++ -1,12 С1 -99 ммоль/л

### 07.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1019 лейк –4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

08.02.18 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 08.02.18 Микроальбуминурия –33,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.02 | 11,6 | 10,5 | 8,2 | 11,3 |  |

07.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДЭП II смешанного генеза, цереброастенчиеский с-м.

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

08.2017 Кардиолог: Гипертоническая болезнь I

07.02.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

07.02.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

06.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,8 см3; лев. д. V =11,7 см3

Щит. железа увеличена, контурыне ровные, Эхогенност паренхимы умеренно снижена, Эхоструктура, крупнозернистая, с множественными гидрофильныим очагами до 0,5 см. В пр доле в/3 гидрофильный узел 0,88 см у перешейка справа такой же узел 0,9 см. В левой доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,25 \* 0,98 см. У перешейка слева такой же узел 1,76\*1,2 см с кистозной дегенерацией. В перешейке дугобразный кальцинат 1,29см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, диаформиррн, эналаприл, эспалипон, витаксон, тивортин, нуклео ЦМФ, торадив

Состояние больного при выписке: Уменьшилась сухость во рту, жажда, пациент в связи с семейными обстоятельсвами от дальнейшего лечения категорически отказывается , настаивает на выписке из отделения, о возможных осложнениях предупрежден,. АД 130/80 мм рт. ст. Пациентка контактная по кори.

Рекомендовано:

1. В связи с возможным контактом по кори, рекомендовано обращение к инфекционисту по м/ж.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
5. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 34ед., п/о-28 ед., п/уж -24 ед., Хумодар Б100Р 22.00 42 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная госитализация в КУ «ОКЭД» ЗОС, для дальнейшей коррекции инсулинотерапии.

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 . Контр. 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: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес. прамистар 1т 2р/д мес
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит железы в плановом порядке.
8. Конс кардиолога, окулиста по м/ж.
9. Б/л серия. АДГ № 6717 с .02.18 по .02.18. к труду .02.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.