#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1532

##### Ф.И.О: Счастливый Александр Алексеевич

Год рождения: 1958

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Миролюбовка, ул. Запорожская, 13

Место работы: ТОВ «Зоря», сторож.

Находился на лечении с 09.12.15 по 18.12.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м, с-м вестибулопатии. Диффузный зоб 1 ст Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Контрактура Дюпиитрена.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. в кетоацидотическом состоянии. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Дибизид М 2т 2р/д. Гликемия –10,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Диффузный зоб 1 ст с 2011,АТТГ – 25,6 (0-100) Мме/мл; АТ ТПО – 3,4 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.12.15 Общ. ан. крови Нв –153 г/л эритр –4,6 лейк – 5,0 СОЭ – 4 мм/час

э- 2% п- 0% с- 59% л-34 % м- 5%

10.12.15 Биохимия: СКФ –122 мл./мин., хол –5,34 тригл -2,5 ХСЛПВП -0,95 ХСЛПНП -3,24 Катер -4,62 мочевина –3,5 креатинин –99,6 бил общ – 13,7 бил пр –3,4 тим –1,3 АСТ – 0,17 АЛТ – 0,72 ммоль/л;

10.12.15 Глик. гемоглобин – 7,8%

### 10.12.15 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

11.12.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

14.12.15 Суточная глюкозурия – 2,55%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.12.15 Микроальбуминурия –56,54 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.12 | 10,0 | 10,5 | 9,2 | 13,9 |
| 13.12 | 8,0 | 8,0 | 6,5 | 6,2 |
| 16.12 | 8,8 | 10,5 | 7,4 | 9,5 |
| 17.12 | 8,0 | 8,6 |  |  |

09.12.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м, с-м вестибулопатии.

12.12.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 ;

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

09.1.215ЭКГ: ЧСС -70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

10.12.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

10.12.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.12.15Хирург: Контрактура Дюпиитрена.

10.12.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

10.12.15Допплерография: ЛПИ справа – 1,05, ЛПИ слева – 1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

14.12.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,0см3; лев. д. V = 12,9 см3

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

Лечение: дибизид М, диаформин, форксига, амлодипин, рамизес, индапрес, бисопролол, аторвастатин, берлитион, актовегин, луцетам, нейрорубин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: Дибизид М 2 т утром

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*веч

форксига 1т/сут. при сохраняющейся гипергликемии заменить Дибизид М на глимепирид, увеличить дозу метформина 850-1000 мг/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
5. Амлодипин 10 мг утром, рамизес 10 мг утром, индапрес 2,5 мг утром, бисопролол 5 мг в обед. Контр. АД.
6. Берлитион (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.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в год. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод. Йодомарин 200 мкг 1т утром 3 мес.
8. Б/л серия. АГВ № 235103 с 09.12.15 по 18.12.15. К труду 19.12.15.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.