#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 583

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

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Запорожье, ул Горького 159-110

Место работы: н/р

Находился на лечении с 06.05.15 по 20.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Незрелая катаракта ОД. Артифакия OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия. Ожирение II ст. (ИМТ 36,43кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Глимепирид 6 мг/сут, глютазон 15 мг веч. Гликемия –15 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2000г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 5 мг, бисопролол 5 мг\сут. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.05.15 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр – 4,5 лейк –9,6 СОЭ – 8 мм/час

э- 1% п- 1% с- 63% л- 29 % м- 6%

07.05.15 Биохимия: СКФ –120 мл./мин., хол –5,4 тригл -4,18 ХСЛПВП -1,15 ХСЛПНП -2,35 Катер – 3,7 мочевина –6,0 креатинин – 98,6 бил общ –9,8 бил пр –2,4 тим – 2,7 АСТ –0,67 АЛТ –1,10 ммоль/л;

18.05.15 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

### 07.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

08.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -16000 эритр - белок – отр

14.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -22000 эритр - 1000 белок – отр

08.05.15 Суточная глюкозурия – 5,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 08.05.15 Микроальбуминурия –187,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.03 | 10,0 | 13,5 | 11,9 | 10,6 |
| 12.05 | 12,6 |  | 10,1 | 9,6 |
| 14.05 | 8,7 | 8,0 |  |  |
| 15.05 | 8,2 | 11,2 |  |  |
| 18.05 | 11,1 | 10,7 | 7,5 | 11,1 |
| 19.05 | 9,3 |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

07.05.15Окулист: Негомогенные помутнения в хрусталиках ОД. Артифакия OS . Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс II-Ш, микроаневризмы. Единичные геморрагии. Д-з: незрелая катаракта ОД. Артифакия OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

06.0.515ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

07.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.05.15Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

07.05.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

19.05.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диабетической почки, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

07.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,2см3; лев. д. V =8,1 см3

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

Лечение: Берлиприл, бисопролол, глимепирид, кардиомагнил, форксига, цифран ОД, берлитион, актовегин, тивортин, глютазон, атокор, глюкофаж.

Состояние больного при выписке: Сохраняется гипергликемия 7,5 – 11,1ммоль\л , но сухость во врут, жажда, полиурия не беспокоят, уменьшились общая слабость, боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. пациенту рекомендовалось перевод на инсулинотерапию, от чего в настоящий момент воздерживается, несмотря на проведенные беседы. В анамнезе плохая переносимость метформина: неустойчивый стул, боли в животе, вздутие (принимал Сиофор). В условиях стационара к терапии назначен глюкофаж 500 мг 2р\д, также отмечены вышеуказанные жалобы в первые 3 дня, в дальнейшем продолжил прием препарата, сохраняется умеренное вздутие живота, периодически неустойчивый стул.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 6мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

форксига 10 мг утром.

При сохраняющихся нежелательных явлениях на фоне приема глюкофажа препарат отменить. Продолжить самоконтроль глюкозы, при отсутствии компенсации показан перевод на комбинированную ССТ.

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. Берлиприл 5-10 мг утром, бисопролол 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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, тивортин 1мер. ложка 3р/д 1 мес.
6. Рек. невропатолога: бетагестин 24 мг 2р\д 1 мес. сермион (ницериум) 30 мг утр. 1 мес.
7. Рек. нефролога: УЗИ почек, простаты, берлиприл 5 мг/сут, курсы сосудистых препаратов.
8. В связи с сохраняющейся инфекцией мочевыводящих путей и УЗИ почек рекомендовано бак. посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. Консультация уролога. Амоксиклав (аугментин) 825 мг 1т 2р\д 7-10 дней, флуконазол 50 мг ежедневно 7-10 дней, контр ан. мочи.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.