#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 177

##### Ф.И.О: Чегодаев Николай Алексеевич

Год рождения: 1952

Место жительства: Васильевский р-н, пгт. Степногорск 52

Место работы: ул. Молодежная 1-129

Находился на лечении с 09.02.15 по 21.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. постинфарктный кардиосклероз (1987) СН1. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II Эмоционально волевые расстройства по типу тревожного с-ма. Эссенциальный тремор. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, боли в н/к, судороги в ночное время больше справа, отеки н/к, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, боли в поясничной области, никтурия до 4р за ночь, пекущие боли в стопах, чувство дискомфорта в эпигастральной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Амарил 2м/500 1т 2р/д .Гликемия –5,8-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 6 лет. Повышение АД в течение многих лет. Из гипотензивных принимает липрил 5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.02.15 Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр – 4,4 лейк – 8,0 СОЭ – 12 мм/час

э- 4% п- 0% с-56 % л- 34 % м- 6%

10.02.15 Биохимия: СКФ –117,2 мл./мин., хол –4,2 тригл -1,08 ХСЛПВП -1,55 ХСЛПНП -1,55 Катер -1,7 мочевина – 6,1 креатинин –87,6 бил общ –22,9 бил пр –5,5 тим – 1,42 АСТ – 0,59 АЛТ – 0,48 ммоль/л;

10.02.15 Анализ крови на RW- отр

13.02.15ТТГ –2,1 (0,3-4,0) Мме/л

13.02.15 К – 4,3 ; Nа –146 ммоль/л

### 10.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

13.02.15 Суточная глюкозурия 1,03%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.02.15 Микроальбуминурия – 205,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.02 | 9,1 | 12,7 | 7,6 | 5,6 |
| 13.02 | 7,2 | 12,7 | 10,0 | 5,6 |
| 14.02 |  | 8,2 |  |  |
| 16.02 |  |  | 5,1 |  |

12.02.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II Эмоционально волевые расстройства по типу тревожного с-ма. Эссенциальный

Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

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

09.02.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

11.02.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. постинфарктный кардиосклероз (1987) СН1. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

10.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.02.15Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, ГБ Ш, очень высокая степень риска.

10.02.15РВГ: Нарушение кровообращения справа – Iст, слева 1-II ст., тонус сосудов N.

10.02.15Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева – 1,15. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

20.02.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие микролиов в почках.

09.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V =6,0 см3

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

Лечение: липрил, амлодипин, розукард, амарил 2м/500, бисопролол, тиогамма турбо, актовегин, нейрорбин, эссенциале, латрен,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, нефролога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: Амарил 2М/500 1т 2р/д
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розукард 10 мг веч) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: небилет 1,25 мг\*1р/сут, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., индап 10 мг утром, престариум 5 -10 мг. Контр. АД. ЭКГ
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес..
9. Рек. невропатолога: ноотропил 10,0 в/в стр № 10, бифрен 120 мг 3р\д до 2-4 нел. Магне В 6 1т 2р\д.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес
11. Рек. нефролога: Продолжить гипотензивную терапии. Контр ан. крови, мочи в динамике.
12. Рек ангиохирурга: тивортин 100 мл в/в кап, латрен 200,0 в/в кап.
13. Эссенциале 2т 3р/д 4-8 нед,, контр печеночных проб в динамике.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.