#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1124

##### Ф.И.О: Дьяков Виталий Владимирович

Год рождения: 1973

Место жительства: Михайловский р-н, с. Пришиб ул. Заводская 27-18

Место работы: СП «Мелитопольская дистанция пути» дорожный мастер.

Находился на лечении с 19.09.16 по 29.09.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, начальные проявления. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м, Диаб. ангиопатия артерий н/к. Амблиопия ОД (исход травмы).Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Неалкогольная жировая болезнь печени. Хронический панкреатит в стадии и ремиссии. Фиброзная форма. Нарушение внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 10.2014г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия коротким курсом Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В 2014 стац лечение в ОКЭД где подобрана ССТ. В наст. время принимает: диаглизид 30 мг 1р\д. Гликемия –6-13 ммоль/л. Боли в н/к в течение 2 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает нибивалол 2,5 мг 1р\д Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.09.16 Общ. ан. крови Нв –156 г/л эритр – 4,7лейк –5,1 СОЭ – 11 мм/час

э- 1% п-0 % с-62 % л- 34 % м- 3%

20.09.16 Биохимия: СКФ –142 мл./мин., хол –4,8 тригл -0,75 ХСЛПВП -1,3 ХСЛПНП -3,18 Катер -2,7 мочевина – 4,5 креатинин – 76,6 бил общ –10,2 бил пр –4,0 тим – 0,63 АСТ – 0,73 АЛТ – 1,47 ммоль/л;

23.09.16 Глик. гемоглобин -7,6 %

26.09.16 бил общ 24,5 билпр 19,7 тим 0,85 АЛТ 0,77 АЛТ 2,0

28.09.16 бил общ 28,7 бил св – 10,1 тим 0,59 АСТ 0,6 АЛТ 2,58

20.09.16 К – 4,35 Nф - 153

26.09.16 НВsАg – 0,65, Анти НСV - не выявлен

### 20.09.16 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – 0,022 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

2.09.16 Суточная глюкозурия 0,44%; Суточная протеинурия –– 0,077

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.09. | 8,7 | 6,6 |  | 7,7 |
| 21.09 | 6,4 | 7,0 | 6,7 |  |
| 23.09 | 7,0 | 5,0 | 8,8 | 9,8 |
| 27.09 | 6,7 | 8,6 | 4,6 | 9,8 |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, начальные проявления. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м

22.09.16Окулист: VIS OD= 0,2 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:2 сосуды щирокие, умренно извты. В макулярной бласти без особенностей. Д-з: Амблиопия ОД (исход травмы)

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог:

22.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.09.16Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени. Хронический панкреатит в стадии и ремиссии. Фиброзная форма. Нарушение внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

27.09.16.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст перегиба желчного пузыря в области шейки, засоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы.

22.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2 см3; лев. д. V = 6,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: диаглизид, небивал, ноотропил, витаксон, тиоктацид, эссенциале,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. Учитывая повышение печеночных проб, АЛТ пациенту показан перевод на инсулинотерапию с отменой ССТ, в настоящее время категорически отказывается от перевода на инсулинотерапию, о возможных осложнениях предупрежден.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диаглизид МR (диабетон МR) 30 мг
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: небивалол 2,5-10 мг 1р\д . Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 2,5-5 мг утром, . Контр. АД.
8. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек гастроэнтеролога: стол № 5, гепадиф 1к 2р\д 3 мес, урсоност 300 мг 1к а ночь3 мес. Контроль печеночных проб, УЗИ ОБП повторный осмотр.
10. Б/л серия. АГВ № 2354 с .09.16 по .09.16. К труду .09.16.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.