#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1069

##### Ф.И.О: Лахно Евгений Васильевич

Год рождения: 1950

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Бочарова 28-4

Место работы: пенс

Находился на лечении с 27.07.17 по 10.08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести ст, декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1- II ст. ХБП 1ст. Диабетическая нефропатия -IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ 38 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Энцефалопатия 1, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. МКБ, конкремент левой почки, кисты обеих почек .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД 140-90макс.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г во время стац лечения в нефролог. отд ЗОКБ по поводу ХБП 1, кисты обеих почек, гиперуринемия., где выявлена гипергликемия до 10,1 ммоль/л, рек-но амарил 1 мг, однако ССТ не принимал. С 2015 принимает диаформин 850мг. 2р/д, глимакс 1мг утром. Гликемия –10-12 ммоль/л. НвАIс – 9,1 % от 06.2017 . Повышение АД в течение 10-15 лет. Из гипотензивных принимает тонорма ½ т утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 28.07 | 164 | 4,9 | 5,6 | 20 | 1 | 3 | 63 | 32 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 28.07 | 118 | 4,81 | 2,24 | 1,04 | 2,74 | 3,1 | 3,3 | 82,5 | 15,3 | 3,3 | 4,7 | 0,35 | 0,48 |

28.07.17 Анализ крови на RW- отр

28.07.17 К – 4,1 ; Nа – 147Са - Са++ 1,15- С1 – 106,2 ммоль/л

04.07.17 Проба Реберга: креатинин крови-82 мкмоль/л; креатинин мочи-9100 мкмоль/л; КФ88,7- мл/мин; КР- 98,8 %

### 28.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум; эпит. перех. -ум в п/зр

04.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -11000 эритр - 500 белок – отр

01.07.17 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – 0,067

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.07 | 11,6 | 13,1 | 8,1 | 14,3 |
| 02.08 | 9,9 | 11,0 | 9,3 | 10,7 |
| 05.08 | 10,3 | 11,0 | 9,0 | 8,4 |
| 08.07 | 8,3 | 8,8 | 8,5 | 8,9 |

04.08.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Энцефалопатия 1, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Рек: келтикан 1т 3р/д, актовегин 10,0 в/в № 10

01.08.17 Окулист: VIS OD= 0,9сф + 0,5=1,0 OS=0,8сф + 0,75=1,0

В хрусталике уплотнение. Гл. дно: ДЗН сосуды сужены извиты, склерозированы, с-м Салюс 1-II . В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.07.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

210.7.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг, небивал 1,25 мг.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

31.07.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1-II ст

08.08.17Нефролог: ХБП I ст.: МКБ, конкремент левой почки, кисты обеих почек, диабетическая и гипертензивная нефропатия. Рекомендовано контроль анализ крови, мочи, показателей азотемии. УЗИ контроль два раза в год. Наблюдение терапевта, уролога по месту жительства . В лечении адекватная противогипертензивная терапия

28.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

14.07.17УЗИ МВС: Заключение: Эхопризнаки наличия кист в почках, множественных мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

27.07.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,0 см3; лев. д. V =5,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: индапрес, магникор,меформил,эналаприл, генсулин-Н.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130-90 мм рт. ст. Пациент переведен на комбинированную ССТ,так как повышенный уровень гликированного гемоглобина, гипергликимия как натощак, так и после еды. Коррекция инсулина проводилась под контролем гликемического профиля.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н 26 п/з- ед., , п/уж - 22ед., .

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. 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. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия .

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.