#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1176

##### Ф.И.О: Черняев Александр Александрович

Год рождения: 1967

Место жительства: Михайловский р-н, с. Тимошевка ул. Энгельса 57

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.08.17 по 01.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, впервые выявленный. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1ст. ХБП 1, диабетическая нефропатия IV.Ангиопатия сетчатки. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4. ДДПП ПОП, вертеброгенная люмбалгия в ст нестойкой ремиссии. СПО ( 2016)

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 08.2017г при обращение за медпомощью в поликлинику по м/ж выявлена гипергликемия 13,5 ммоль/л. Эндокринологом назначена ССТ (метформин), однако гипергликемия сохранялась. НвАIс – 14,5 % от 02.08.17. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции, ССТ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 25.08 | 162 | 4,9 | 4,8 | 6 | 1 | 2 | 48 | 47 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.08 | 200 | 4,4 | 2,16 | 0,96 | 2,4 | 3,6 | 4,3 | 63 | 19,4 | 4,8 | 2,0 | 0,13 | 0,41 |

25.08.17 К – 4,35; Nа – 137,6 Са++ -1,24 С1 - 107 ммоль/л

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

29.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – отр

25.08.17 Суточная глюкозурия – 1,6 %; Суточная протеинурия – 0,077

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.08 | 11,7 | 11,3 | 10,9 | 10,5 |
| 28.08 | 8,4 | 8,0 | 7,6 | 7,2 |
| 30.08 |  | 6,6 | 5,6 | 5,8 |
| 31.08 | 7,2 |  |  |  |

29.08.17Невропатолог: ДДПП ПОП, вертеброгенная люмбалгия в ст нестойкой ремиссии. СПО ( 2016). Рек ЛФК

31.08.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены. вены полнокровны, начальная проявления ангиосклероза, с-м Салюс 1 ст. В макуле депигментация Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

23.08.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

28.08.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форт 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

23.08.17 ФГ ОГК: без патологии

28.08.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст .

25.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

29.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6 см3; лев. д. V = 6,1 см3

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

Лечение: диаформин, эналаприл, амлодипин, метфогамма, диапирид

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. АД 130/80 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: дипирид (амарил) 3-4 мг утром

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. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг утром, амлодипин 10 мг веч.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В