#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 436

##### Ф.И.О: Иванов Александр Альбертович

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Энергодар ул. Строителей 24-70

Место работы: ДП «НАЭК» Энергоатом « ВМ ЗАЭС» ведущий инженер

Находился на лечении с 26.03.18 по 04.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. СН 0. Риск 4. Миопия средней степени ОИ

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, выраженные боли онемение, снижение чувствительности в н/к, больше слева. Описанные жалобы усилились в течение последних 2х недель. повышение АД макс. до 140/100 мм рт.ст., периодически головные боли учащенное сердцебиение, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (сиофор 1000 2р/д, Диабетон MR 120 мг /сут) В течение последних 2х лет Диабетон MR заменен на диапирид 4 мг. В наст. время принимает: диапирид 4 мг сиофор 1000 1т 2р/д. Гликемия –9,0-14,9 ммоль/л. НвАIс – 10,2 % от 13.03.18. Последнее стац. лечение в 07.2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Ананмез жизни: Гепатит А – 1987, Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг веч не регулярно , розукард 10 мг веч, магникор 75 мг 1т веч. АТ ТПО –19,2 (0-30) МЕ/мл от 2016 В анамнезе хр. панкреатит. 1976 – аппендэктомия, отмечает непереносимость новокаина, пенициллина.

Страховой анамнез: л/н № 235 913 с 22.06.17 по 03.07.17. к труду 04.07.17 по СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 27.03 | 148 | 4,8 | 6,2 | 11 | 1 | 1 | 63 | 33 | 2 |
| 03.04 |  |  |  | 15 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.03 | 78 | 3,99 | 4,0 | 0,99 | 1,17 | 3,0 | 6,6 | 111 | 36,0 | 4,5 | 2,9 | 0,33 | 0,36 |

30.03.18 ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

27.03.18 К – 4,56 ; Nа –138 Са++ -1,13 С1 -100 ммоль/л

28.03.18 Проба Реберга: креатинин крови-92 мкмоль/л; креатинин мочи95- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

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

28.03.18 Суточная глюкозурия – 1,9 %; Суточная протеинурия – отр

##### 30.03.18 Микроальбуминурия –49,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 2.03 |  |  |  | 8,0 | 6,8 |
| 27.03 | 14,8 | 11,0 | 6,9 | 10,4 |  |
| 30.03 | 9,0 | 9,0 | 7,8 | 8,1 |  |
| 02.04 | 8,4 | 9,4 | 7,0 | 7,3 |  |
| 04.04 | 6,9 |  |  |  |  |

27/03/18 Окулист VIS OD= 0,1 сф-4,5д=1,0 OS=0,1сф -4,0=1,0 Гл. дно: миопический конус, А:V 2:3 сосуды сужены, вены умеренно полнокровны, не выраженный ангиосклероз. С-м Салюс 1 ст. В макуле депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия средней степени ОИ

26.03.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

27/03/18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Рек: эналаприл 5-10 мг 2р/д, контроль АД, ЧСС, ЭХОКС .

27.03.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно

27.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

28.03.8Допплерография: ЛПИ справа – 1,1, ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

26.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,5 см3; лев. д. V =6,5 см3

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

Лечение: ксигдуо пролонг 5/1000, розукард 10 мг, магникор 75 мг, лизиноприл 10 мг, тиогамма в/в, кокарнит в/м, энап 2,5, диапирид 4 мг, физиолечение.

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах целевого уровня, общее состояние улучшилось, сухость во рту, жажда, полиурия не беспокоят. Несколько уменьшились боли в н/к. АД 125/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л, НвА1с < 6,5-7,0%
4. ССТ: ксигдуо пролонг 5/1000 2т утром перед едой

Глимипирид (диапирид, амарил, олтар, глимакс ) 4 мг перед ужином

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 6 мес.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 2,5-5 мг веч, магникор 75 мг 1 т. вечер. Контр. АД.
4. ЭХОКС в планом порядке. конс кардиолога в плановом порядке.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нерокобал 1т 3р/д 1 мес, плестазол 100 мг 1т 1р/д, длительно
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. Конс невропатолога в планом порядке по м/ж
8. Б/л серия. АДГ № 671912 с 26.03.18 по 04.04.18. к труду 05 .04.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.