#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 489

##### Ф.И.О: Никонов Геннадий Павлович

Год рождения: 1957

Место жительства: Токмакский р-н, .с Новое ул. Почтовая 11

Место работы: н/р

Находился на лечении с 04.04.18 по 16.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ Ожирение II ст. (ИМТ 40 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада 1 ст. СН II ф.кл. II. (ФВ 54%) Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, онемение пальцев обеих кистей, боли в н/к,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. Комы отрицает Ранее принимал глюкофаж, С 12.2017 принимает Диабетон MR 120 мг, глюкофаж 1000 мг веч НвАIс – 8,3 % от 03.2018 . Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает би-престариум 10/5, энзикс 20 мг утром, индап 2,5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.04 | 165 | 5,0 | 5,8 | 8 | | 196 | | 1 | 2 | 66 | 29 | | 2 | | |
| 11.04 | 152 | 4,8 | 4,5 | 12 | | 194 | | 1 | 1 | 67 | 28 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.04 | 74,7 | 4,1 | 1,63 | 1,04 | 2,31 | | 2,9 | 9,3 | 111 | 12,1 | 3,0 | 1,5 | | 0,23 | 0,55 |
| 10.04 | 61,5 |  |  |  |  | |  | 11,9 | 132 |  |  |  | |  |  |

06.04.18; ТТГ –0,8 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –22,0 (0-30) МЕ/мл

05.04.18 К – 4,48 ; Nа – 139 Са++ - 1,24С1 - 105 ммоль/л

### 05.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 0-1 в п/зр белок – 0,03 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

10.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – 0,038 г/л

06.04.18 Суточная глюкозурия –0,58 %; Суточная протеинурия – 0,059г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.04 | 6,6 | 9,8 | 8,0 | 6,6 |  |
| 07.04 | 6,8 | 7,8 | 5,3 | 6,9 |  |
| 11.04 | 7,5 | 8,6 | 7,0 | 9,5 |  |
| 13.04 | 6,9 | 7,5 | 6,2 | 7,5 |  |

04.04.18Окулист: VIS OD= 0,2сф + 2,5д-1,0 OS= 0,1сф + 2,5д=1, Гл. дно:. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены уплотнены умеренно Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия ОИ

04.04.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст.

12.04.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада 1 ст. СН II ф.кл. II. (ФВ 54%) Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4.

Рек. кардиолога: хипотел 40 мг, предуктал MR 1т 2р/д. аспирин кардио 100 мг 1р/д, Дообследваоние КАГ

11.04.18 ЭХО КС: склероз и расширение восходящего отдела аорты. Увеличение всех отделов сердца. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Трикуспидальная регургитация до 1 ст. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

05.04.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ливостор 20 мг, плестол 100мг

11.04.18 Нефролог: ХБП II ст, диаб. нефропатия, артериальная гипертензия. Рек: контроль ан. мочи, крови, показателей азотемии, УЗИ 1-2р/год, адекватная противогипертензивная терапия с применение ингибиторов АПФ или АРА.

12.04.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

10.04.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки микролитов в обеих почках, ДГПЖ.

04.04.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,7 см3; лев. д. V = 7,5 см3

Перешеек –0,64 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диабетон MR, глюкофаж, би-престариум, энзиск, этсет, магникор, тиолипон, армадин, форксига.

Состояние больного при выписке: За период стац лечения корригированы дозы ССТ. Назначена форксига, глюкофаж. На приеме Диабетон MR отмечает гипогликемические состояния Уменьшились боли в н/к . АД 120/80 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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: форксига 10 мг утром

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000мг утром + 500 мг веч .

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: би-престариум 10/5 утром, энзикс 20 мг утром. аспирин кардио 100 мг веч
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.