#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1391

##### Ф.И.О: Ермаков Владимир Сергеевич

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Днепрорудное ул. Набережная 12-3

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.10.18 по  01.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Осложнённая катаракта ОИ. ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. диффузный кардиосклероз , аортальный стеноз 1 ст. СН II А, ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Атеросклероз стенозирующая форма, стеноз подвздошного сегмента слева, окклюзия артерий голени слева, бедренно-подколенного сегмента справа СПО поясничная симпатэктомия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. коротким курсом при выявлении СД принимал инсулин (выявлен при подготовке в оперативному лечению по поводу облитерирующегоэндартрита). В последующем и до настоящего времени принимает ССТ. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг утром, метформин 1000 2р/д Гликемия –9,2-16 ммоль/л. НвАIс - 10,3% от 17.10.18 . Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает телмисартан 80 мг 1р/д, аппендэктомия в 2005, Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 24.10 | 137 | 4,0 | 6,2 | 22 | |  | |  |  | 57 | 35 | | 8 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.10 | 98,4 | 5,4 | 2,02 | 0,74 | 3,7 | | 6,2 | 3,6 | 84 | 15,5 | 3,8 | 1,6 | | 0,24 | 0,25 |

26.10.18ТТГ – 2,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 39,3 (0-30) МЕ/мл

24.10.18 К – 4,29 ; Nа –134 Са++ -1,11 С1 106 ммоль/л

### 24.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк 5-6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

26.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500эритр - белок – отр

25.10.18 Суточная глюкозурия –0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.18 Микроальбуминурия –77,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.10 | 8,0 | 7,9 | 10,4 | 10,5 |
| 26.10 | 6,3 | 10,0 | 7,2 | 11,6 |
| 29.10 | 5,4 | 7,7 | 5,8 | 7,3 |

29.10.18 Окулист: .Заднекапсулярная Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, см- Салюс 1 – II ст. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Осложнённая катаракта ОИ.

29.10.18 ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

26.10.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. диффузный кардиосклероз , аортальный стеноз 1 ст. СН II А, ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

08.10.1 0Ангиохирург: Атеросклероз стенозирующая форма, стеноз подвздошного сегмента слева, окклюзия артерий голени слева, бедренно-подколенного сегмента справа СПО поясничная симпатэктомия.

25.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Ш ст 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 значительно нарушена.

23.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2 см3; лев. д. V = 5,9 см3

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

Лечение: Диабетон MR ,метфомрин, телмисартан, асафен, вазилдип, предуктал MR, бисопролол

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, ангиохирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг утром

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

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 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: хипотел 40 мг 1р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д амлодипин 5-0 мг веч, бисопролол 1,25 мг 1р/л
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.