#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1101

##### Ф.И.О: Иваников Олег Анатольевич

Год рождения: 1970

Место жительства: Михайловский р-н, пгт. Михайловка, ул. Тургенева, 11, кв. 6

Место работы: Михайловское КУ ООШ I-II ст., охранник

Находился на лечении с 21.08.18 по 28.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. СН 0. Риск 4. Вертеброгенная люмбалгия в ст.ремиссии. Гиперметропия ср. ст., сл. гиперметропический астигматизм, амблиопия OS.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за 3 мес., ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/110 мм рт.ст., головные боли в затылочной области, периодическая тяжесть за грудиной, тревожность, раздражительность.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013 г., появилась сухость во рту, жажда, снижение веса на 10 кг. При обращении за мед помощью по поводу фимоза была выявлена гипергликемия 21 ммоль/л. С начала заболевания принимал ССП диапирид (глимакс). 2 мг утром + диаформин 500 1 т\*2р/д. С 2016 принимает диаформин 1000 1 т\*2р/д + диапирид 4 мг утром. Гликемия – 10,2-13,0ммоль/л. от

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции подбора ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: с 2012г МКБ, конкременты обеих почек.В анамнезе отхождениие конкрементов 1,5 мес назад. Повышение АД около 5 лет, принимает хипотел 80 мг утром.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 22.08 | 139 | 4,2 | 8,4 | 15 | |  | | 1 | 3 | 63 | 30 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 22.08 | 97 | 7,23 | 4,85 | 0,92 | 4,08 | | 6,8 | 5,9 | 93 | 11,4 | 2,6 | 1,7 | | 0,6 | 1,42 |
| 28.08. |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,8 | 2,7 | 1,1 | | 0,38 | 0,99 |

21.08.18 Глик. гемоглобин – 9,9%

22.08.18 К – 4,73; Nа – 135,5; Са++ - 1,11; С1 – 100й ммоль/л

### 22.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022; лейк – 3-4-5 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – умерен. к-во, слили много, соли – мочевая к-та, бактерии +.

27.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500; эритр - белок – отр

23.08.18 Суточная глюкозурия – 1,7 %; Суточная протеинурия – 0,137 г/сут.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.08 | 11,4 | 13,6 | 13,6 | 16,3 |
| 26.08 | 8,3 | 8,1 | 7,9 | 6,9 |
| 28.08 | 8,4 |  |  |  |

22.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2), Вертеброгенная люмбалгия в стадии ремиссиир-но: ЛФК, а-липоевая кислота 600 в/в, келтикан, актовегин.

22.08.18 Окулист: VIS OD= 1,0; OS= 0,2 сф+2,0 Д=0,3-0,4 ; Гл. дно: Сосуды умеренно сужены, ход прямолинейный. Вены уплотнены, полнокровны. Салюс I ст. В макулярной области без особенностей Д-з: Гиперметропия ср. ст., сл. гиперметропический астигматизм, амблиопия OS. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

27.08.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. СН 0. Риск 4

Р-но: хипотел 40-80 мг 1 р/сут.Контроль АД,

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

21.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,8 см3; лев. д. V = 9,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры не ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,4 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диапирид, димарил, мефармил, диаформин, тио-липон турбо, хипотел, бисопролол

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, несколько уменьшились боли в н/к, гликемия в течение дня в пределах целевого уровня, сохраняется гипергликемия натощак. Пациенту предложен перевод на инсулинотерапию, от которого он в настоящее время отказался. От предложенной терапии ингибиторами НЗКТГ-2 в настоящее время воздерживается. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. утром+ 2мг 1т вечером

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

При отсутствии компенсации через 3-6 мес рассмотреть вопрос об интенсификации ССТ.

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, контроль печеночных проб в динамике
3. Гипотензивная терапия: хипотел 80 мг 1 т утром, бисопролол 5 мг 1 т утром. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., укрлив 250 мг 2 таб на ночь.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, АТ-ТПО с послед.конс.эндокринолога по м/ж.
6. УЗИ МВС с послед. Конс.уролога
7. УЗИ ОБП, маркеры вирусных гепатитов, контроль печеночных проб в динамике, при необходимости конс.гастроэнтеролога.

Выдан б/л с АДЛ №177695 с 21.08.18 по 28.08.18. К труду 29.08.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.