#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1091

##### Ф.И.О: Комаров Павел Владимирович

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Запорожье, пер. Цветущий, 36

Место работы: ПОП Комаров П.В.

Находился на лечении с 20.08.18 по  30.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Смешанный зоб II ст, узел правой доли, эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Неалкогольная жировая болезнь печени I ст. ЖКБ: калькулезный холецистит в ст.нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, онемение и зябкость в пальцах н/к, судороги в икроножных мышцах, снижение чувствительности в н/к, сухость кожных покровов н/к, увеличение веса на 6 кг за 6 мес., ухудшение зрения, периодически отеки н/к, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010 г. С начала заболевания принимает ССП. Принимал глюкофаж 500мг утром и вечером.С февраля 2018г принимает глюкофаж 1000 мг 1 т вечером, диабетон MR 60 1 т утром. Гликемия натощак до 9,0 ммоль/л, НвАIс - 6,9% от 16.08.18. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: В 2010 г. выявлен узловой зоб, с того момента получает L-тироксин 25 мкг/сут. В 2011г-ТАПБ: фолликулярная аденома с костозной дегенерацией.

ГБ с 02.2018г. Был госпитализирован в кардиол.отделение ГБ№9 с неосложненным гипертензивным кризом 13.02.18. Принимает эдарби 40 мг утром, семлопин 5 мг вечером, небилет 2,5 мг утром, розулип 20 мг вечером. В анамнезе ЖКБ, хр.панкреатит, периодически принимает креон. 06.08.18- трансректальная термокоагуляция простаты.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 21.08 | 148 | 4,4 | 9,2 | 11 | | 247 | | 2 | 2 | 65 | 29 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 21.08 | 86 | 5,74 | 2,83 | 1,06 | 3,38 | | 4,4 | 7,1 | 87 | 13,4 | 2,9 | 2,1 | | 0,43 | 0,81 |

22.08.18 NTprоBNP <20.0 (до 100) пг/мл

22.08.18 Мочевая кислота-360,4 (208,3-428,4) мкмоль/л

21.08.18 ТТГ 1,46 (0,4-4,0) мкМЕ/мл, АТ-ТГ<20 (до 80) МЕ/мл, АТ-ТПО <10 (до 100) МЕ/мл

21.08.18 Анализ крови на RW- отр

27.08.18 Анализ крови на свертываемость АЧТЧ 28,8 (25-35 сек), протромбиновое время 14,5 (13-18 сек), протромбиновый индекс 100,6 (85%-110%), тромбиновое время 16,5 (14-19 сек), фибриноген 2,4 (2-4 г/л).

21.08.18 К – 4,9; Nа – 150,6; Са++ - 1,22; С1 - 103 ммоль/л

### 21.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1024; лейк – 2-3 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 0-1 в п/зр; слизь +, соли- оксалаты.

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

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

##### 22.08.18 Микроальбуминурия – 89,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.08 | 7,0 | 6,6 | 5,4 | 4,9 |  |
| 27.08 | 6,3 | 7,5 | 5,6 | 4,2 |  |
| 29.08 |  | 5,9 | 4,9 | 6,4 |  |
| 30.08 | 5,6 |  |  |  |  |

22.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Вертеброгенная торакалгия слева. Р-но: МРТ ГОП в плановом порядке, а-липоевая кислота, актовегин 10,0 в/в, витамины гр.В по схеме, ЛФК.

21.08.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0; Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены неравномерного калибра, полнокровны. С-м Салюс I ст. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

20.08.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада правой ножки п. Гиса. Гипертрофия левого желудочка.

20.08.18 ФГ №114090 Легкие и сердце без патологических изменений.

21.08.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Р-но: ЭХО-КС, NTprоBNP, кандесартан 8-16 мг, контроль АД.

28.08.18 Кардиолог: Диагноз тот же. Р-но: отменить семлопин, эдарби 40-80 мг, небивалол 5-10 мг, арифон ретард 1 т утром, аторвастатин 20-40 мг, предуктал MR 1 т 2р/д -1-2 мес, КАГ, ЭХО-КС через 4-6 мес.

22.08.18 ЭХО КС: Уплотнение стенок аорты и АК. Расширение восходящего отдела аорты. Умеренное увеличение ЛЖ. Гипертрофия базального отдела МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. ФВ 57%.

21.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

22.05.18 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени I ст., ЖКБ: калькулезный холецистит в ст. нестойкой ремиссии. Р-но: гепадиф 2т 2р/д после еды 1 мес, смарт-омега 1 т 1р/д во время еды-1 мес в обед, меверин 1 к 2р/д за 15-20 мин до еды -14 дней, консультация хирурга.

Дупл. сканирование артерий почек и брахиоцефальных артерий февраль 2018 ( протоколы на руках)

27.08.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст. с увеличением ее размеров; конкрементов в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; функционального раздражения кишечника.

20.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 29,8 см3; лев. д. V = 8,7 см3

Перешеек –0,74 см. Щит. железа увеличена за счет правой доли, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. Пр. доля представлена изоэхогенным узлом с гидрофильным ободком и кистозной дегенерацией, размеры его соответствуют размерам правой доли. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Глюкофаж 1000, диабетон MR60, тиогамма турбов/вкап, нуклео ЦМФ 2,0 в/м, нейромидин 1,5% 1,0 в/м, небилет 2,5 мг, семлопин 5 мг, розулип 20, эдарби 40,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах целевого уровня, несколько уменьшились боли в н/к. АД 130-140/80 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. Целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. ССТ: метформин (глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина через 3 мес, при недостижения целевого уровня интенсификация ССТ с использованием ингибиторов НЗКТГ-2 или ДДП-4.
6. Контроль микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: эдарби 80 мг 1 т утром, небивалол 2,5-5 мг 1 т вечером, арифон ретард 1 т утром натощак, предуктал MR 1 т 2р/д -1-2 мес, аспирин кардио 100 1 т на ночь. КАГ в плановом порядке, ЭХО-КС через 4-6 мес. Контр. АД. ЧСС.
9. Тиоктацид (диалипон) 600 мг 1 т утром 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут-1 мес.
10. МРТ ГОП в плановом порядке с послед. Конс.невролога.
11. УЗИ щит. железы 1 раз в год , отменить прием L-тироксина, котроль ТТГ через 2 мес . Повторная ТАПБ узла с послед конс. эндкринолога. Йодомарин 200 мг 1 т 1р/день 3 мес курсами (весна, осень)
12. Соблюдение рекомендаций гастроэнтеролога (см.выше)
13. Наблюдение хирурга (ЖКБ), наблюдение уролога.
14. Контроль ОАК в динамике.
15. Л/н серия. АДЛ № 1776 97 с 20.08.18 по 30.08.18 к труду 31 .08.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.