#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1090

##### Ф.И.О: Черняев Александр Александрович

Год рождения: 1967

Место жительства: Михайловский р-н, с.Тимошевка, ул.Энгельса 57

Место работы: н/р

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

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ37,7 кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Риск 4. СН I.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния до 5-6 раз в месяц, купируемые приемом сладкого, увеличение веса на 10 кг за год, боли в н/к, ухудшение зрения, периодически шум в голове, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 08.2017 г., когда появилась жажда, снижение веса, при обращении за мед.помощью была выявлена гипергликемия 13,5 ммоль/л, НвАIс - 14,5%. Комы отрицает. С начала была назначена ССТ: метамин 1000 1 т 2р/д, димарил 3-4мг, в последующем из-за гипогликемических состояний самостоятельно уменьшил дозу димарила до 2 мг утром. Гликемия –8,0-9,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 08.2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает хипотел 40 мг утром. С 2016г- ДДПП ПОП, вертеброгенная люмбалгия.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 21.08. | 167 | 5,0 | 6,9 | 9 | | 251 | | 1 | 2 | 66 | 29 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 21.08 | 116 | 4,18 | 2,25 | 1,18 | 1,97 | | 2,54 | 5,0 | 82 | 12,4 | 3,0 | 1,9 | | 0,15 | 0,4 |

21.08.18 Глик. гемоглобин – 6,2%

21.08.18 Анализ крови на RW- отр

21.08.18 К – 4,09; Nа – 145.5; Са++ - 1,11; С1 – 103,2 ммоль/л

22.08.18 Проба Реберга: креатинин крови- 84 мкмоль/л; креатинин мочи- 8,580 мкмоль/л; КФ-156,3 мл/мин; КР- 99,1%

### 21.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016; лейк – 1-2 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. и почечн. – ед., слизь, мочевая к-та

23.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 250 ед/л; эритр – ед/л, белок – отр

22.08.18 Суточная глюкозурия-0,3%, суточная протеинурия – отр

##### 22.08.18 Микроальбуминурия –79,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.08 | 7,7 | 5,4 | 3,6 | 5,2 |
| 26.08 | 6,0 | 6,8 | 6,5 | 5,5 |
| 29.08 | 7,5 | 7,2 | 6,5 | 6,9 |
| 30.08 | 6,0 |  |  |  |

27.08.18 Окулист: VIS OD=1,0; OS=1,0;

Гл. дно: сосуды сужены, умеренно извиты, вены полнокровны. Салюс I-II. В макулярной области без особенностей Д-з: Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

20.08.18 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

22.08.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Риск 4. р-но: триплексам 10/2,5/10 мг 1 т утром

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

21.08.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

20.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V =5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: мефармил, димарил, хипотел, индапамид, асафен, вазилип, эспа-липон, каптоприл, фкнигидин, амлодипин, магния сульфат, карведилол.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, проведена коррекция ССТ, гипогликемические состояния не отмечаются, гликемия в пределах компенсированных значений, несколько уменьшились боли в н/к. АД снизилось с 230/120 до 140-160/80 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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. ССТ: метформин (диаформин, метамин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
5. При отсутствии компенсации через 3 мес (НвАIс >7,0%) рассмотреть вопрос об интенсификации терапии с использованием ингибиторов НЗКТГ-2 или ДПП-4
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3- 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. ЭХО-КС, суточное мониторирование ЭКГ в плановом порядке с послед.конс.кардиолога по м/ж.
9. Гипотензивная терапия: Хипотел 80 мг, индапамид (индап) 2,5 мг утром, карведилол 12,5 мг 2 р /д, амлодипин 10 мг 1 т вечером, лоспирин 75мг 1 т. вечер. Контр. АД. ЧСС, ЭКГ.
10. Эспа-липон (альфа-липон) 600 мг 1 т утром 2-3 мес.
11. Адаптол 300 мг 1 т утром-1 мес

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.