#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 891

##### Ф.И.О: Анненков Дмитрий Анатольевич

Год рождения: 1971

Место жительства: г. Запорожье ул. Радиаторная 27-39

Место работы: н/р,

Находился на лечении с 03.07.18 . по  16.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, впервые выявленный. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Субклинический гипотиреоз. ДЭП 1- II смешанного генеза ,церебрастенический с-м, цефалгический с-м, умеренное когнитивное снижение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. СН 0-I. Риск 4. Жировая болезнь печени 1 ст, гепатоспленомегалия. Гепастеатоз. НФП 1 ст . Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: Впервые повышение гликемии выявлено 26.06.18, обратился к эндокринологу ОКЕД, при первичном осмотре уровень гликемии 13,6 ммоль/л. Назначен прием глюкофаж XR1000 1р/д., в течение последних 3х дней доза увеличена до 2000 мг/сут. Гликемия 10- 17 ммоль/л. НвАIс -10,2 % от 14.07.18.. С-пептид – 4,93 ( 11,1-4,4) инсулин – 29,9 ( 2,6-24,9) индекс НОМА 23,5 (< 2,7)от 26.06.18. Повышение АД в течение года. Из гипотензивных принимает нолипрел форте 1т 1р/д. 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 | | |
| 04.07 | 161 | 4,8 | 4,1 | 16 | |  | | 1 | 3 | 50 | 42 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.07 | 96,4 | 4,6 | 3,3 | 1,08 | 2,0 | | 3,3 | 3,9 | 96 | 13,8 | 3,2 | 16,6 | | 0,81 | 1,29 |
| 10.07 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,3 | 2,6 | 13,0 | | 1,03 | 1,95 |
| 16.07 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 15,1 | 2,9 |  | | 0,69 | 1,6 |

09.07.18 АЧТЧ – 29,0 МНО 0,98 ПТИ 102 фибр 3,4

11.06.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

11.06.18 ТТГ –5,64 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТГ - 20 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО – 10 (0-30) МЕ/мл

04.07.18 К – 4,03 ; Nа –134,5 Са++ -1,1 С1 -101 ммоль/л

### 04.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 26 лейк – 5-6 в п/зр белок – 0,053 ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

06.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - белок – отр

16.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

05.07.18 Суточная глюкозурия – 2,4%; Суточная протеинурия – 0,091

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.07 | 12,5 | 14,3 | 10,0 | 10,8 |
| 06.07 | 9,8 | 10,9 | 10,1 | 6,7 |
| 08.07 | 9,7 | 7,6 | 8,5 | 9,3 |
| 10.07 | 6,4 | 7,8 | 9,1 | 8,0 |
| 13.07 | 6,2 |  |  |  |
| 14.07 | 9,4 | 6,7 | 7,6 | 7,7 |
| 15.07 | 7,7 |  |  |  |

10.0.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1- II смешанного генеза ,церебрастенический с-м, Цефалгический с-м, умеренное когнитивное снижение.

16.07.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды извиты, вены умеренно полнокровны, с-м Салюс 1 ст, В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

04.07.18ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. СН 0-I. Риск 4.

04.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Нарушение кровообращения справа – II ст слева Ш ст

11.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; с увеличением размеров печени и селезенки , застоя в желчном пузыре, нельзя исключить удвоение синусов обеих почек, добавочного сосуда левой почки

16.07.18 Нефролог: ХБП 1, Диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия.

12.07.18 гастроэнтеролог: Жировая болезнь печени 1 ст, гепатоспленомегалия. Гепастеатоз. НФП 1 ст. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу.

16.07.18 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

03.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,2 см3; лев. д. V = 6,7 см3

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

Лечение: капоприл, глюкофаж, нолипрел форте, карведилол, тиогамма, витаксон, карведилол, форксига гептрал.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась на фоне проведённой коррекции ССТ, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

форксига 10 мг 1р/д. под контролем печеночных проб(билирубин общий, бил связанный, АСТ, АЛТ, тим. проба). При показаниях провести коррекцию ССТ ( при дальнейшем росте трансаминаз отменить препараты метформинового ряда). При необходимости возможна повторная госпитализация в эндодиспансер.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы, печеночных проб через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел бифорте 1т 1р/д. карведилол 6,25 мг 1р/д. Дообследование ЭХОКС
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: УЗД МАГ, МРТ головного мозга в плановом порядке. нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес. сермион 1т 1р/д 1ме.с
7. Рек гастроэнтеролога: гепадиф 2т 2р/д после еды 1 мес , урсосан 250 мг 2т на ночь 1 мес, смарт омега 1т 1р/д в обед во время еды 1 мес . Контроль печеночных проб через 1 мес. после лечения повторный осмотр.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ через 1 мес с повторным осмотром эндокринолога
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.