#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 713

##### Ф.И.О: Мирчев Виктор Иванович

Год рождения: 1968

Место жительства: Акимовский р-н, с. М. Горького ул. М. Горького 5-2

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 22.05.18. по 05.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2 вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст .Вторичный ангиотрофоневроз н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 37,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф .кл. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН II А ф. кл II. ДЭП 1 ст, смешанного генеза ,церебрастенический с-м. Остеоартроз коленных суставов Ro 0-1. НФС 0. Остеоартроз т/бедренных суставов Ro II НФС II 1. Хронический пиелонефрит, латентное течение стадия нерезко выраженного оострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, гипогликемические состояния в вечернее время до 2 раз в месяц, увеличение веса на 13 кг за год, ухудшение зрения, выраженные боли, онемение, снижение чувствительности в н/к, боли в коленных и тазобедренных суставах, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., боли в области сердца, и под левой лопаткой, одышка при физ нагрузке, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 02.2017г. в хирургическом отд. где находился с карбунколом шеи, поступил в гипергликемической коме (глюкоза кров 37,5 ммоль/л), получал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р 4р/сут . в 05.2017 находился на лечение в ЗОЭД была назначена комбинированная терапия Хумодар Б100Р п/з 28 ед, п/у 24 ед, + метамин 1000 мг 2р/д. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 30ед.,. п/у- 30ед., метамин 1000 мг 2р/д Гликемия –12-14-17 ммоль/л. НвАIс - 11,6% от 13.04.18 . Последнее стац. лечение в 05.2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: язвенная болезнь ЛДПК - 2003г. много лет страдает псориазом, повышение АД около 3 лет, принимает триплексам 10/2,5/10 1тт карведилол 25 мг 1/2т 2р/д

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 23.05 | 149 | 4,5 | 5,5 | 21 | |  | | 1 | 1 | 59 | 36 | | 3 | | |
| 04.06 |  |  |  | 26 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.05 | 125 | 6,9 | 1,72 | 1,22 | 4,89 | | 4,7 | 4,1 | 74 | 11,4 | 4,0 | 3,8 | | 0,49 | 0,61 |

23.05.18 К – 4,34 ; Nа –144,3 Са++ -1,1 С1 -103,6 ммоль/л

24.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-74 мкмоль/л; креатинин мочи- 10395 мкмоль/л; КФ-97 мл/мин; КР- 99,3 %

### 23.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр слиз + , бактерии + , грибки.

24.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500эритр - белок – отр

04.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

24.05.18 Суточная глюкозурия – 2,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.05.18 Микроальбуминурия – 30,3мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.05 | 11,9 | 10,1 | 10,6 | 11,1 |  |
| 25.05 | 10,3 | 13,3 | 11,3 | 10,0 | 9,9 |
| 29.05 | 9,2 |  | 7,7 | 7,9 |  |
| 03.06 | 8,3 | 12,9 | 12,1 | 10,3 | 11,2 |
| 04.06 | 7,7 | 10,2 | 7,8 | 10,1 |  |
| 05.06 | 8,2 |  |  |  |  |

01.06.18 Невропатолог: ДЭП 1 ст, смешанного генеза ,церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). Рек: а-липоевая кислота 600 актовегин 10,0 в/в келтикан 1т 3р/д 1 мес

23.05.18Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые с легкой деколорацией. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены ,вены полнокровные, невыраженный ангиосклероз. С-м Салюс 1 ст. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

04.06.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки ОИ. Гипертензивное сердце ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф .кл. риск 4. СН II А ф. кл II Рек: триплекса 10/2,5/10 1т 1р/д, эплепрес 25 мг, аспирин кардио 100 мг , предуктал MR 1т 2р/д

01.06.18ЭХО КС: Умеренная дилатация полости ЛП. Умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ. Миокард ЛЖ диффузно неоднородной плотности, сократительная функция ЛЖ снижена (ФВ 49%), гипокинезия верхушечного сегмента МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 тип. Склероз корня, восходящего отдела аорты, створок АК и МК. Недостаточность МК – минимальная.

31.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст .Вторичный ангиотрофоневроз н/к.. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

23.05.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

04.06.18 Ревматолог: остеоартроз коленных суставов Ro 0-1. НФС 0 т/бедренных суставов Ro II НФС II 1 Рек: ограничение физ нагрузки на суставы, хондросат 2,0 в/м через день № 30. Хонддрекс форте 1т 2р/д до 4 мес. сустамар 1т 2р/д 3 нед и при болях. Лазеро-, магнитотерапия на коленные суставы, магнитотерапия на т/бедренные суставы № 10.

29.05.18 На р-гр обеих коленных суставов без костно-деструктивных изменений

31.05.18 На Р-гр обеих т/бедреных суставов субхондральный склероз и сужение суставных щелей, более выраженно слева. Характерно для ДОА II ст .

23.05.18 05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

30.05.18Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон . Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,2 см3; лев. д. V = 9,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: метамин, Хумодар Б100Р, вазилип, триплексан, карведилол, эспа-липон, фуросемид, Хумодар Р100Р, офлоксацин, кардиомагнил, торадив, физиолечение

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах субкомпенсированых значений. Пациенту был рекомендован прием форксиги, от которого он отказался. Общее состояние улучшилось, уменьшились отеки н/к, незначительно уменьшились боли в н/к., сохраняется снижение чувствительности в них, АД 120/80 мм рт. ст. нормализовались показатели мочи по Нечипоренко. Впервые выявлены изменения в щит железе, нуждается в дообследовании для уточнения диагноза.

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 <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-8-10 ед., Хумодар Б100Р п/з 26- 28 ед. п/у 46-48 ед

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет) 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: триплексам 10/2,5/10 1т утром, эплепрес 25 мг 1т утром, карведилол 12,5 мг 2р/д, кардиомагнил 75 мг 1т веч Контр. АД. при отеках трифас 10 мг 1т утром 2-3 р/нед.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 3р/д 1 мес , плестазол 100 мг 1т 1р/д длительно
5. Соблюдение рекомендаций ревматолога (см. выше)
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, АТТПО с послед конс. эндокринолога по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.