#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 754

##### Ф.И.О: Горянский Валерий Ильич

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул Димитрова 43-61

Место работы: АО «Мотор Сич» пр. Моторостроителей 15, ведущий менеджер

Находился на лечении с 30.05.18. по 08.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Неинфицированная потёртость Vп левой стопы в стадии регенерации. Диабетическая дистальная симметрическая полинейропатия верхних и нижних конечностей, сенсомоторная форма, выраженный болевой синдром. Диабетическая энцефалопатия II ст, выраженный вестибуло-атактический с-м, цефалгический с-м, легкое когнитивное снижение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, выраженные пекучие боли в стопах, боли в икроножных мышцах, судороги в ночное время в н/к, онемение пальцев стоп, снижение чувствительности в них, наличие потертости на левой стопе после наложенной гипсовой повязки по поводу з/пер.лев.лодыжки (05.2018), повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, периодически учащенное сердцебиение, отеки н/к к вечеру.

Краткий анамнез: СД установлен в 2005г. однако считает себя больным с 2003г.. Дебют заболевания связывает со стрессом. В 2005 была выявлена гипергликемия, с того времени принимает ССТ ( амарил 2 мг затем 4 мг), с 2017 дуглимакс 1/500 +1т 2/500 1т утром + метамин 1000 мг 1 т веч . Комы отрицает. Гликемия – 9,0-13,0ммоль/л. НвАIс – 8,96 % от 07.2017. Повышение АД в течение 10 лет, гипотензивные принимает не регулярно (нолипрел 1 т утром, крестор 20 мг веч). В анамнезе хр.панкреатит, периодически принимает панкреатин. Госпитализирован в обл. энд. Диспансер для коррекции подбора ССТ, лечения хр. Осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 31.05 | 152 | 4,6 | 6,7 | 21 | |  | | 1 | 4 | 64 | 27 | | 4 | | |
| 07.06 |  |  |  | 18 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 31.05 | 81,1 | 5,22 | 2,58 | 1,46 | 2,57 | | 2,5 | 2,8 | 88 | 10,4 | 2,5 | 3,0 | | 0,41 | 0,62 |

01.05.18 Глик. гемоглобин – 9,6%

31.05.18 К – 4,37 ; Nа –136 Са++ -1,14 С1 -104 ммоль/л

### 31.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

04.05.18 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 08.06.18 Микроальбуминурия – 55,05 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.05 | 10,8 | 11,3 | 7,6 | 7,7 |  |
| 04.06 | 7,8 | 9,8 | 9,9 | 10,8 |  |
| 06.06 | 9,0 | 11,2 | 12,3 | 10,2 |  |
| 07.06 | 10,3 |  |  |  |  |
| 08.06 | 8,3 | 9,3 |  |  |  |

08.06.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ВГД ОИ=20 мм. ОИ: начальные помутнения в хрусталике. Гл. дно: Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ПХРД ОД? Новообразование хориоидеи? Р-но: осмотр сетчатки с лампой Гольмана (на периферии снаружи), В-сканирование ОД, конс.проф.Луценко Н.С.

08.06.18 Невролог: Диабетическая дистальная симметрическая полинейропатия верхних и нижних конечностей, сенсомоторная форма, выраженный болевой синдром. Диабетическая энцефалопатия II ст, выраженный вестибуло-атактический с-м, цефалгический с-м, легкое когнитивное снижение. СД тип 2, ЦА II. АГ.

30.5.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

04.05.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек: нолипрел 1 т 1р/д. контроль АД ЭХО-КС в плановом порядке.

05.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

30.5.18 Хирург: неинфицированная потёртость Vп левой стопы в стадии регенерации Диабетическая ангиопатия артерий н/к. р-но: обработка солкосериловым гелем, пантестином до полного заживления.

05/06/18 УЗИ ОБП: Эхопризнаки жирового гепатоза 2 ст хр. бескамерного холецистита хр. панкреатита. Диффузных изменений паренхимы почек. Микронефролитиаза

01.08.18 Дупл вен н/к: эхопризнаки Диабетическая ангиопатии с формированием ригидности сосудистой стенки, с развитием периферического вазоспазма. Функция терминальных клапанов не нарушена. Проходимость поверхностных и глубоких вен сохранена.

05.06.18 УЗИ щит. железы:

Перешеек – 0,3см. контуры ровные, четкие. Эхогенность паренхимы не изменена. Эхоструктура однородная, без очаговых изменений.

Пр д. V = 7,2 см3; контуры ровные, четкие. Эхогенность паренхимы не изменена. Эхоструктура не однородная. Гипоэхогенные участки с/3 и в/полюса до 0,5 см, четкие, неровные контуры, гидрофильный ободок, мелкокистозный компонент, дорсальное усиление эхосигнала.

лев. д. V = 6,9 см3 Эхогенность паренхимы не изменена. контуры ровные, четкие. Структура неоднородная. Фолликул с/3 0,2 см. Гипоэхогенный узел с/3 0,4 см, четкие неровные контуры, гидрофильный ободок, мелкокистозный еомпонент, дорзальное усиление эхосигнала.

Регионарные л/узлы не увеличены. Закл. Эхопризнаки гипоэхогенных узлов обеих долей и фолликула левой доли щитовидной железы.

Лечение: дуглимакс1/500, дуглимакс 2/500, матамин, амарил, крестор, нолипрел, эспа-липон 600 в/в, нуклео ЦМФ 2,0 в/м.

Состояние больного при выписке: несколько уменьшились боли в н/к, сухость во рту, потертость на лев.стопе с положит.динамикой в ст.регенерации, цифры гликемии снизились, но не достигли целевого уровня, сохраняется гипергликемия натощак несмотря на увеличение доз пероральных ССП до максимальных, пациенту предложен перевод на инсулинотерапию, от которого он в настоящее время воздерживается. АД 120/80 мм рт. ст. С учетом выявленных изменений на гл.дне нуждается в дообследовании у окулиста.

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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ: глимепирид (амарил, олтар, глимакс) 4 мг 1т. Утром за 30 минут до еды

метформин (диаформин, метамин, сиофор, глюкофаж) 500 мг утром + 1500 мг вечером.

Контроль глик. гемоглобина через 3-6 мес и решение вопроса об интенсификации ССТ.

1. Эспа-липон 600 мг 1 т утром. 2-3 мес., келтикан 1 к 3р/д-1 мес., плестазол 100 мг 1 т 1р/д- длительно.
2. Гипотензивная терапия: нолипрел 1 т утром, лоспирин 75 мг 1 т вечером, конр.АД.
3. Гиполипидемическая терапия: розувастатин (крестор) 10 мг 1 т вечером, контроль липидограммы 1 р в 3 мес.
4. Соблюдение рекомендаций окулиста (см.выше)
5. ЭХО-КС в плановом порядке по м/ж с послед.консультацией кардиолога
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, АТ-ТПО с послед.консультацией эндокринолога.
7. Заседание ЛКК: Учитывая давность заболевания (12 лет), наличие множественных осложнений, требующих постоянного лечения и сопутствующей патологии , рекомендовано направить на ВКК по месту работы для определения степени утраты трудоспособности.
8. Б/л серия. АДЛ № 177552 с 30.05.18. по 08.06.18 к труду 09 .06.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.