#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 787

##### Ф.И.О: Гончаров Станислав Иванович

Год рождения: 1967

Место жительства: Г-польский р-н, ул. Ленина 97

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 06.06.18. по 18.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма . хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Поликистоз почек. МКБ конкременты обеих почек. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма.. Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальная регургитация 1- II ст СН1. САГ Ш ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1. церебрастенический с-м, Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение веса на 9 кг за год.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. Ранее недлительно принимал ССТ. В этом же году переведен на инсулин. Глюкоза крови 12,4 ммоль/л. НвА1т – 6,83 % В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 16ед., п/у-14 ед.,. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает хипотел 80 мг, бисопролол 10 мг, индап 2,5 мг. физиотенс 0,2 или амлодипин 10 мг веч. АИТ выявлен в 2014 АТТПО – 141,8 (от 2015), ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл от 2017. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 07.06 | 135 | 4,0 | 4,2 | 39 | |  | |  | 3 | 76 | 19 | | 2 | | |
| 13.06 |  |  |  | 37 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 07.06 | 53,7 | 6,28 | 1,81 | 1,38 | 4,07 | | 3,6 | 8,1 | 179 | 12,1 | 3,2 | 2,3 | | 0,35 | 0,42 |

13.05.18 К – 4,55 ; Nа –142,2 Са++ 1,24- С1 -1,98 ммоль/л

13.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-213 мкмоль/л; креатинин мочи- 5225 мкмоль/л; КФ- 16,9мл/мин; КР- 96,2 %

### 07.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 4-2 в п/зр белок – 0,294 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

11.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 9500 эритр - белок – 0,236 г/л

08.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,992 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.06 | 10,1 | 5,9 | 6,2 | 6,2 |
| 10.06 | 4,5 | 6,0 | 8,0 | 6,5 |
| 12.06 | 5,4 | 4,7 | 6,2 | 4,5 |

12.06.18 Окулист: Гл. дно: ангиосклероз, Салюс 1, вены расширены, сосуды извиты, в парамакулярной области отмечаются твердые экссудаты Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

08.06.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена Гипертрофия левого желудочка. АВ

11.06.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальная регургитация 1- II ст СН1. САГ Ш

Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг, бисопролол 5-10 мг, аллодипин 5-10. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

09.06.18ЭХО КС: Уплотне6ние аорты и АК. Аортальная регургитация 1-2 ст Дилатация всех полостей сердца. Систолическая дисфункция ЛЖ. Минимальная регургитация на МК и ТК. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется

08.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

12.06.18 Нефролог: СКФ 37мл/мин ХБП III ст.: поликистоз почек МКБ, конкременты обеих почек, Пиелонефрит в стадии обострения. Артериальная гипертензия. Рек : диета с ограничением белка, соли, продуктов богатых калием. Канефрон 2т 3р/д 3-4 р год, адекватная противогипертензивная терапия. контроль ОАК, ОАМ, показатели азотемии, УЗИ контроль 1-2 р/год

08.06.18 РВГ: 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 в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

12.06.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки поликистоза почек, изменений диффузного типа в паренхиме почек с уменьшением объема функционирующей паренхимы, множественных конкурентов в почках , кисты в печени, на фоне диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением ее размеров, застоя в желчном пузыре, функционального раздражения кишечника .

06.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,1 см3; лев. д. V =9,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. и единичные гидрофильные очаги до 0,4 Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 . Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Н, диалипон, солкосерил, асафен, бисопролол, амлодипин.

Состояние больного при выписке: За период стац лечения корригированы дозы инсулина. Уровень гликемии соответствует целевым значениям. Уменьшились боли в н/к АД 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 <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 6,5%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 16ед., п/уж -16 ед
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: бисопролол 10 мг утром, амлодипин 10 мг веч
9. Диалипон 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.
10. Рек. нефролога: диета с ограничением белка, соли, продуктов богатых калием. Канефрон 2т 3р/д 3-4 р год, адекватная противогипертензивная терапия. контроль ОАК, ОАМ, показатели азотемии, УЗИ контроль 1-2 р/год
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.