#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 640

##### Ф.И.О: Солтис Николай Владимирович

Год рождения: 1959

Место жительства: Кукйбышевский р-н, с. Благовещенка ул. Шевченко 63

Место работы: н/р

Находился на лечении с 07.05.18. по 17.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ДЭП Ш ст, смешанного генеза, постишемические глиозные изменения в области варолиевого моста, подкорковой области гемисферы кортикальная церебральная атрофия (до данынм МРТ), церебрастенический с-м., вестибуло-атактический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 20 кг за 2-3года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/110 мм рт.ст., головные боли, шум в голове.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. при обращении к врачу по поводу диаб жалоб. С начала заболевания ССТ: сиофор, метамин. В наст. время принимает: метамин SR 1000 мг Гликемия –13,5-18,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. Гипотензивная терапия нерегулярно. 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 | | |
| 08.05 | 169 | 5,1 | 5,2 | 13 | |  | | 1 | 0 | 60 | 36 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 08.05 | 100 | 6,3 | 2,37 | 1,09 | 0,3 | | 4,7 | 3,6 | 83 | 13,5 | 3,37 | 3,7 | | 0,3 | 0,62 |

8.05.18 Анализ крови на RW- отр

08.05.18 К –4,4 ; Nа – 136,5 Са++ -1,17 С1 -103,2 ммоль/л

### 08.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1031 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,040 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

14.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

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

##### 11.05.18 Микроальбуминурия –60,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.05 | 6,8 | 9,9 | 11,2 | 10,6 |
| 11.05 | 7,9 | 10,5 | 10,3 | 7,9 |
| 13.05 | 6,2 | 7,3 | 9,8 | 10,4 |

17.05.18 Невропатолог: ДЭП Ш ст, смешанного генеза, постишемические глиозные изменения в области варолиевого моста, подкорковой области гемисферы кортикальная церебральная атрофия (до данынм МРТ), церебрастенический с-м., вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

08.05.18Окулист: VIS OD=0,7 OS= 0,9 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды неравномерного калибра, извиты, сосуды неравномерного калибра, извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс II ст. Микроаневризмы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.05.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

14.05.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

10.15.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

08.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

16.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

16.05.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст ; с переходом в цирроз, с увеличением её размеров, без признаков портальной гипертензии.

16.05.18 Дупл сканирование БЦА: Эхопризнаки метаболической ангиопатии, стенозирующего атеросклероза (слева на уровне бифуркации ОСА с переходом в ВСА визуализируется АБ-ка вызывающая стень стеноза до 35%, справа на уровне бифурикации ОСА с преходом в ВСА визуализируется АБ-ка вызывающая степень стеноза до 30%) диастолического типа венозного оттока в ВЯВ с двух сторон.

16.05.18 МРТ: МРТ признаки постишемических глиозных изменений в передних отделах варолиева моста. Лакунарные постишемические кисты субинсулярной подкорковой области гемисфер большего мозга. Значительные проявления дисциркуляторной лейкоэнцнефалопатии. Кортикальная конвекситальня церебральная атрофия. Умеренно выраженная кортикальная церебеллярная атрофия. Наружная заместительная гидроцефалия. Гипоплазия интракраниального сегмента левой позвоночной артерии. Патологическая извитость основной артерии с вазоневральной компрессией варолиева моста.

07.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0 см3; лев. д. V = 6,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаформин, мефармил, диалипон, нейрорубин, диалипон, пирацетам, цианокобаламин, глюкофж, диаглизид,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. сохраняются шум в голове, головокружение АД 130/80 мм рт. ст. Отмечает плохую переносимость диаформина, мефармила, метамина в виде растройства стула, диспептических расстройств.

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

глюкофаж 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10, аспирин кардио 100 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, Дообследование ЭХОКС КАГ
5. 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.
6. Рек невропатолога: кардиомагнил 75, статины 20 мг потоянно сермион 30 мг 1р/сут 2 мес, глиатон 400 мг 2р/сут 1 мес, вестибо 24 мг 2р/мес., АД удерживать не выше 130/80 мм рт ст. УЗДС МАГ повторить через 1 год.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.