#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 302

##### Ф.И.О: Овчаренко Игорь Иванович

Год рождения: 1960

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Шевченка 14

Место работы: Токмакский райсовет, советник главы совета.

Находился на лечении с 01.03.18 по 13.03.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диффузный зоб 1 ст, эутиреоидное состояние. Ожирение Шст. (ИМТ 44кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДДПП ПОП вертеброгенная люмбалгия в стадии ремиссии. Гипертоническая болезнь I ст

Жалобы при поступлении на боли в ногах, онемение пальцах обеих стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. после перенесённого острого панкреатита. Находился в терап. отд Токмакской ЦРБ, при обследовании выявлена гипергликемия. Постоянно принимает диаформин, диаглизид, В наст. время принимает: диаглизид 60 мг. Гликемия –12,3 ммоль/л. НвАIс – 11,0 % от 02.2018 . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 02.03 | 168 | 5,27 | 7,0 | 18 | 1 | 2 | 60 | 32 | 5 |
| 09.03 | 169 |  | 5,9 | 23 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 02.03 | 85,8 | 6,36 | 1,79 | 1,12 | 4,41 | 4,6 | 3,5 | 107 | 18,7 | 3,1 | 1,4 | 0,16 | 0,10 |

02.03.18 ТТГ – 1,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 21,0 (0-30) МЕ/мл

02.03.18 К – 4,56 ; Nа – 138 Са++ -1,2 С1 -99 ммоль/л

### 05.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – на всё п/зр белок – 0,053 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

06.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – 0,024

05.03.18 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 05.03.18 Микроальбуминурия –101,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.03 | 9,5 | 11,3 | 10,3 | 10,3 |  |
| 04.03 | 8,0 |  | 8,7 | 9,2 |  |
| 07.03 | 7,9 |  | 10,2 | 11,3 |  |
| 09.03 | 11,3 | 11,0 | 9,8 | 10,6 |  |
| 11.03 | 9,5 | 7,9 | 13,8 | 10,8 |  |
| 12.03 |  |  | 12,3 | 12,8 |  |

05.03.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2), ДДПП ПОП вертеброгенная люмбалгия в стадии ремиссии. Рек: актовегин 10,0 в/в кап.

12.03.18 Окулист: VIS OD= 0,5 + 0,75 =1,0 OS=0,5;+ 1,0 =1,0 Гл. дно: вены неравномерного калибра Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ.

01.03.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь I ст

Рек. кардиолога: арифон ретард 1т Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

12.03.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

0103.18РВГ: Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

01.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 14,5 см3; лев. д. V =11,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с множественными гидрофильными очагами до 0,45см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаглизид, диаформин, тиогамма турбо, милдракор, тризипин, армадин, индапрес, эналаприл, торадив, форксига

Состояние больного: при выписке сохраняется гипергликемия. НвА1с - 11,5 от 02.2018, Согласно клин протокола от 2012 № 1118 при глик гемоглобине более 9% пациенту показано назначение базального инсулина, однако пациент категорически отказался, о чем имеется запись и подпись в истории болезни.

Диаформин заменить на прием метфогамма. Добавлен 3 ССТ - форксига

При сохранении гипергликемии натощак и после еды, повторно направить в стационар ЗОЭД для назначения комбинированной ССТ.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 120 мг

Метфогамма 1000 мг 2р/д ,

форксига 10 мг 1р/д утром натощак.

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. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. йодомарин 200 мкг /сут. 6 мес
6. Б/л серия. АДГ № 671862 с 01.03.18 по 13.03.18. к труду 14.03.18

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.