#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1311

##### Ф.И.О: Михайлов Константин Викторович

Год рождения: 1969

Место жительства: Акимовский р-н, пгт Акимовка ул. Молодых патриотов14 - 12

Место работы: Акимовский сельсовет, заведующий сектором по вопросам ЧС и мобилиз. Роботы, инв Ш гр

Находился на лечении с 08.10.18 по  18.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3-4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. выявлен при обращении к урологу. С анчала заболевания принимал ССП (метамин 500 мг /сут, затем метамин, Диабетон MR). В течение года принимает Диабетон MR 60 мг утром, метамин 1000 1т р/д. Гликемия – ммоль/л. НвАIс – 11,9 % от 24.09.18 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД..

Анамнез жизни повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 1т утром, кардиомагнил 75 мг веч. В анамнезе хр. цистит.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 09.10 | 159 | 4,8 | 7, | 20 | |  | | 2 | 2 | 62 | 32 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 09.10 | 112 | 5,86 | 2,66 | 1,22 | 3,41 | | 3,8 | 8,3 | 72 | 30,4 | 6,2 | 2,1 | | 0,18 | 0,33 |
| 16.10 |  |  |  |  |  | |  | 4,1 | 69 | 19,3 | 3,1 | 1,2 | | 0,39 | 0,29 |

09.10.18 К – 4,9 ; Nа – 142 Са++ -1,22 С1 -101 ммоль/л

09.10.18 Проба Реберга: креатинин крови- 82,5мкмоль/л; креатинин мочи- 4890 мкмоль/л; КФ-90 мл/мин; КР-98,3 %

### 09.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

11.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

10.10.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 11.10.18 Микроальбуминурия – 60,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 9.10 | 7,3 | 8,3 | 10,9 | 8,6 |  |
| 13.10 | 5,3 | 7,8 | 8,3 | 8,1 |  |
| 16.10 | 5,4 | 9,8 | 6,5 | 6,3 |  |

Невропатолог:

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

16.10.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I.

Рек. кардиолога: нолипрел бифорте 1т 1р/д, небивалол 2,5 мг 1р /д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.

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

16.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

11.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; с увеличением размеров печени.

08.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,4 см3; лев. д. V = 7,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, Регионарные л/узлы с обеих сторон до 0,7\*,39 см. обычной эхоструктуры не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, 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 <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

метформин (диаформин, сиофор, 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. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Б/л серия. АДЛ № 1777 с .10.18 по .10.18 к труду .10.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.