#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1367

##### Ф.И.О: Полковников Виталий Михайлович

Год рождения: 1975

Место жительства: Акимовский р-н, пгт Акимовка ул. Горького 32

Место работы: ООО «Газинвест» , гл инженер.

Находился на лечении с 18.10.18 по  25.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 32,83 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Гепатостеатоз. НФП 0-1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, общую слабость, быструю утомляемость, отмечает снижение веса на 7 кг за год (на фоне диеты),

Краткий анамнез: СД выявлен в 12.2017г. При обращении к терапевту была гипергликемия 10,0 ммоль/л, была рекомендована ССТ(препарат не помнит). В течение года находился на диетотерапии. Около последних 3х месяцев диеты строго не придерживается. При определении глюкоза крови 14.10.18 – 21,0 ммоль/л. был госпитализирован в т/о по м/ж, в связи с гипергликемией вводился инсулин короткого действия. Глик гемоглобин 17.10.18 – 11,6% Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора сахароснижающей терапии.

Анамнез жизни: острый панкреатит в 2016.

Страховой анамнез: б/л сер АДЛ № 207317 с 14.10.18 по 17.10.18 продолжает болеть (СД)

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.10 | 151 | 4,5 | 5,0 | 32 | |  | | 0 | 2 | 61 | 32 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.10 | 108 | 6,7 | 7,5 | 0,98 | 2,4 | | 5,8 | 4,9 | 89 | 17,6 | 4,2 | 16,8 | | 0,55 | 1,58 |
| 25.10 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 16,4 | 3,1 | 12,9 | | 0,42 | 0,97 |

19.10.18 С-пептид –2,6 (1,1-4,4) нг/мл

19.10.18 ТТГ – 0,82 АТТПО – 10,0 (0-35)

20.10.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

19.10.18 К – 4,72 ; Nа –140 Са++ -1,17С1 101 ммоль/л

19.10.18 Проба Реберга: креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 19.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр, слизь +, оксалаты

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

22.10.18 Суточная глюкозурия – 4,9%; Суточная протеинурия – отр

22.10.18 Микроальбуминурия мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.10 |  |  | 10,7 | 9,0 |  |
| 19.10 | 8,5 | 7,8 | 7,2 | 7,5 |  |
| 22.10 | 5,9 | 6,6 | 5,5 | 8,7 |  |
| 23.10 | 5,0 |  |  |  |  |
| 24.10 | 6,0 | 5,5 | 5,4 | 6,9 |  |

23.10.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9 .

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены сглегка извиты, вены уплотнены. в макуле без особенностей.

17.10.18 ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, Эл. ось отклонена влево. 23.10.18Кардиолог: Гиперхолистренэмия. Рек: розувастатин 20 мг

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

23.10.18 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Гепатостеатоз. НФП 0-1 ст. рек: стол №5 режим питания ,гепавал – L-бетаргин 2т 2р/д после еды. 3 мес., урсоност 300 мг 1р/д на ночь 3 мес. контроль УЗИ через 3 мес.

22.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы справа ,слева снижено 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

23.10.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

22.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст ; с увеличением ее размера.

18.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0 см3; лев. д. V =6,1 см3

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

Лечение: Инсулар Актив, мефармил, джардинс, гептрал.

Состояние больного при выписке: На фоне подобранной ССТ гликемия в пределах целевого уровня, сухость во рту не беспокоит, уменьшилась общая слабость, АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога 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. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

Джардинс 10 мг 1т утром.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг на ночь после нормализации печеночных трансаминаз. контр. липидограммы 1 раз 3-6 мес, при сохраняющейся гипертриглицеридемии рассмотреть вопрос о назначении трайкора 145 мг 1 т на ночь.
3. Соблюдение рекомендаций гастроэнтеролога (см. выше)
4. Контроль печеночных проб, СОЭ через 1 мес
5. Б/л серия. АДЛ № 177796 (продолжение сер АДЛ № 207317 ) с 18.10.18 по 25.10.18 к труду 26.10.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.