#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1382

##### Ф.И.О: Тараненко Александр Михайлович

Год рождения: 1972

Место жительства: Великобелозерский р-н, пгт В. Белозерка ул. Набережная 29

Место работы: н/р,

Находился на лечении с 22.10.18 по  31.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, впервые выявленный. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хр. панкреатит с нарушением функции поджелудочной железы в стадии нестойкой ремиссии. Хронический гастрит в стадии обострения , H-pylori – отр . Папилломы пищевода

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 16 кг за 2 мес, нечеткость зрения, зябкость кистей, стоп, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., отеки голеней, стоп к вечеру.

Краткий анамнез: Гипергликемия выявлена впервые около 2 мес назад, был госпитализирован в ЦРБ, где назначен диаглизид, метформин. В наст. время принимает: диаформин 500 мг 2р/д. НвАIс – 10,38 % АТ к островковым клеткам подежлудчоной железы < 1:10 ( <1:10) иинслуин 14,59 мкЕ/мл (2,6-24,9) индекс НОМА 4,77 (<2,5) . Повышение АД в течение 16 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл , аспирин кардио 100 мг 1р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 23.10 | 163 | 5,26 | 5,7 | 3 | |  | | 2 | 1 | 47 | 48 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.10 | 89,7 | 4,12 | 1,09 | 1,2 | 2,42 | | 2,4 | 3,8 | 85 | 17,4 | 3,6 | 1,2 | | 0,13 | 0,55 |

24.10.18 Амилаза 43,5 (0-90) ед/л

25.10.18 Диастаза – 155 ( 0-450)ед/л

24.10.18 Глик. гемоглобин -6,0 %

23.10.18 К – 5,1 ; Nа – 1,42 Са++ -1,14 С1 - 101 ммоль/л

### 23.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

24.10.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.18 Микроальбуминурия –33,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.10 | 4,4 | 4,5 | 4,3 | 4,6 |
| 25.10 | 4,0 | 4,4 | 3,7 | 5,2 |
| 29.10 | 4,3 | 5,1 | 3,9 | 5,2 |

25.10.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;.

Гл. дно: А:V 1:2 сосуды сужены извиты, вены уплотнены с-м Салюс 1- II. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

22.10.18 ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.10.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг 2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

22.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

26.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

30.10,.18 Гастроэнтеролог: хр. панкреатит с нарушением функции поджелудочной железы в стадии нестойкой ремиссии. Хронический гастрит в стадии обострения , H-pylori – отр . Папилломы пищевода

30.10.18 ФГДЭС: папилломы пищевода. Эритематозная гастропатия. Произведена биопсия.

23.10.18РВГ: 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.

25.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, пристеночных образований в желчном пузыре похожих на полипы, фиброзирования поджелудочной железы.

30.10.18 рН метрия умеренно повышенное кислотообразование.

22.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V = 6,2см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: диаформин, эналаприл, асафен, мильгамма,

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась. Сохраняются тупые ноющие боли в левом подреберье. АД 130/80 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. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.
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. Гипотензивная терапия: эналаприл 5-10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, гастронорм 2т 2р/д за 30 мин до еды 14 дней, фосфалюгель 1п 3р/д через 30-40 мин после еды 10 дней, креон 1т 3р/д по время еды 2-4 нед, конс торакального онколога с результатами биопсии папилломы пищевода

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.