#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 128

##### Ф.И.О: Дубровский Андрей Иванович

Год рождения: 1956

Место жительства: г. Мелитополь ул .Московская 83

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 24.01.18 по 03.02.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДЭП 1 ,смешанного генеза, цереброастенический с-м. Начальная катаракта. Ангиопатия сетчатки ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП IIст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Подагра, хроническое течение, активность II Ro II СФН II. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 16 кг за 2 года, онемение ног, снижение чувствительности, пекущее боли в подошвенной части стоп, зябкость стоп, боли в мелких суставах стоп. периодически загрудинные боли при ифз. нагурзке, общение сердцебиений, одышку при ходьбе, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. во время стац лечения в ревматологическом отд ОКБ по поводу подагры ,стого же времени назначены ССТ: диаформин, амарил .Во время стац лечения в 2016 назначены глимепирид 4 мг, метформин 2000 мг. В 2016 – 2017 принимал участие в клиническом исследовании по эффективности лираглутид/ ситаглиптин/ плацебо. В наст. время принимает: Амарил 2М 1т утром , диаформин 1000 мг 2р/д, Гликемия –12-13 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 20 лет. ИБС стенокардия в течение 2 лет. Подагра с 2006. 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 |
| 25.01 | 129 | 3,9 | 8,6 | 19 | 1 | 0 | 59 | 36 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.01 | 87 | 6,07 | 2,1 | 1,38 | 3,73 | 3,4 | 3,5 | 93 | 12,3 | 3,0 | 1,4 | 0,28 | 0,23 |

26.01.18 Глик. гемоглобин – 8,4%

25.01.18 К – 4,71 ; Nа –138,3 Са++ -1,12 С1 -107 ммоль/л

### 25.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

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

30.01.18 Суточная глюкозурия – 0,34%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.01.18 Микроальбуминурия 53,8– мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.01 | 11,2 | 10,4 | 11,9 | 9,8 |
| 26.01 | 9,2 |  |  |  |
| 29.01 | 9,8 | 10,9 | 11,0 | 11,5 |
| 30.01 | 10,0 |  |  |  |
| 02.02 | 9,7 | 10,1 |  |  |

31.01.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДЭП 1 ст, сметанного генеза, цереброастенический с-м

25.0.18 Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7 Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: аретри узкие, сосуды извиты ,склерозированы, с-м Салюс II ст. В макуле без осонностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ..

24.01.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

02.02.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

26.01.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

25.01.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

26.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 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 сохранена.

26.01.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст с увеличением её размеров и размеров селезёнки, перегиба желчного пузыря в области шейки, застоя в желчном пузыре , фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, мелких конкрементов, микролитов в почках нарушения урокинетики .

24.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,8 см3; лев. д. V = 7,2 см3

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

Лечение:

Состояние больного при выписке: Уменьшились боли в н/к. сохраняются боли в мелких суставах стоп. АД 130/80 мм рт. ст. Несколько улучшились показатели гликемии, но целевых значений не достигнуто. Добавлен к лечению к лечению третий 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 <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. ССТ: Амарил 2М 2 т утром

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*веч

форксига 10 мг утром. при отсутствии эффекта пациенту показан перевод на инсулинотерапию.

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: нолипрел бифорте 1т утром, аспирин кардио 1т веч, предуктал MR 1т 2р/д, клопидогрель 75 1т веч . Дообследваонеи КАГ и ЭХОКС.
5. Эспа-липон 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.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.