#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 136

##### Ф.И.О: Минтей Михаил Михайлович

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Энергодар ул. Курчатова 23-54

Место работы: ДП НАЭК «Энергоатом» ВП Запорожская АЭС. водитель

Находился на лечении с 26.01.18 по 05.02.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Начальная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение, снижение чувствительности, парестезии рук и ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение шум в голове. повышение АД до 160/90 мм р тст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил, сиофор). С 2017 принимает амарил 4 мг утром + 2 мг веч. С 01.2018 стал отмечать повышение гликемии до 16,7 ммоль/л, обратился к эндокринологу ЗОКБ, рекомендована госпитализация в стационар. С-пептид от 09.2017 – 1,73 (1,1-4,4) нг/мл, инсулин - 0,2 МЕ/мл ( 2,6-24,9). Гликемия –14,7 ммоль/л. НвАIс – 13,8 % от 09.17. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает липразид 10 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 29.01 | 120 | 3,9 | 4,8 | 14 | 1 | 0 | 68 | 29 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 29.01 | 59 | 5,99 | 1,47 | 1,11 | 4,2 | 4,4 | 14,4 | 120 | 12,5 | 3,0 | 2,0 | 0,22 | 0,16 |

29.01.18 К – 3,98 ; Nа – 138Са++ - 1,19С1 - 106 ммоль/л

### 30.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,636 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

29.01.18 Суточная глюкозурия – 0,46 %; Суточная протеинурия – 1,68г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.01 | 7,0 | 8,2 | 10,1 | 12,9 |
| 29.01 |  |  |  | 4,9 |
| 31.01 |  |  | 5,7 |  |
| 30.01 | 5,9 | 7,0 |  | 6,7 |
| 01.02 |  |  | 8,5 | 7,5 |
| 02.02 | 6,6 |  |  |  |

29.01.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Рек ви таксон 1 т2р/д ,келтикан 1т 3р/д, липоевая кислота 60 мг\сут.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9 ; Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены, вены неравномерного калибра, уплотнены, ангиосклероз, с-м Салюс 1 ст. множественные сливные друзы на переферии, ед. микроаневризмы. В макуле рефлекс сглажен. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ.

15.01.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Рубец по задней стенке. Гипертрофия левого желудочка.

29.01.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек : ЭХОКС, Эналаприл 5-10 мг 2р/д, контроль АД.

29.01.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

30.01.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

29.01.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

29.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена. Нарушение кровообращения II ст с обеих сторон.

02.02.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений паренхимы печени, застойных изменений в желчном пузыре, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, диффузных изменений паренхимы почек, микролитов в обеих почках.

26.01.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2см3; лев. д. V = 5,5 см3

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

Лечение: Генсулин Н, диаформин, тиогамма, армадин, тризипин кокарнит, нолипрел бифорте розувастатин, физиолечение

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах целевого уровня. Сухость во рту, жажда не беспокоят, уменьшились парестезии в конечностях АД 14/80мм 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/у-16-18 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 6 мес.
3. Гипотензивная терапия: нолипрел би форте 1т утром, лоспирин 75 мг 1т веч., небилонг 2,5 мг 1т веч Контр. АД.
4. ЭХОКС по м/ж с послед. конс кардиолога.
5. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., плестол 100 1т 2р/д длительно
6. Б/л серия. АДГ № 671807 с 26.01.18 по 05.01.18. к труду 06.02.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.