#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1096

##### Ф.И.О: Сиващенко Виталий Владимирович

Год рождения: 1990

Место жительства: Приморский р-н, г. Приморск ул. Речная 90а

Место работы: н/р

Находился на лечении с 01 .08.17 по 10.08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

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

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния участившиеся в течение последних 2 нед, выраженную слабсоть в н/к, периодически отмечает ацетонурию, учащенное сердцебиение, дискомфорт в пр. подреберье.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. в кетодотчиеском состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ . В настоящее время самостотельно уменьшил дозы инсулина в связи с перенесенной ++ инфекцией по поводу чего с 24.07.17 по 31.07.17 находился на стац лечнеи в инфекционной больнице. Принимает Актрапид НМ п/з 8-10 ед, п/у 7-8 ед. Протафан НМ 22.00 – 20-21 ед. ранее получал п/з 15 ед, п/о – 10 ед п/у 10 ед, протфоан 22.00 – 21 ед Гликемия –2,0-15,0 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 03.2017г. В 02.2017 – острый панкреатит, принмиате кретон 10 тыс 1т3р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 02.08 | 159 | 4,8 | 4,9 | 3 | 1 | 1 | 62 | 33 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 02.08 |  | 3,0 | 1,24 | 1,0 | 1,43 | 2,0 | 3,5 | 95 | 9,8 | 2,0 | 1,1 | 0,28 | 0,24 |

02.08.14 Амилаза – 30,3

02.08.17 Гемогл – 157 ; гематокр – 0,5 ; общ. белок – г/л; К – 4,27 ; Nа – 141,6 ммоль/л

### 02.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

04.08.17 Суточная глюкозурия –0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### .08.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 01.08 |  | 6,4 | 5,7 | 4,7 |  |
| 03.08 | 12,6 | 4,9 | 11,4 | 5,4 |  |
| 05.08 | 4,0 | 4,2 | 12,0 | 8,9 |  |
| 08.08 2.00-8,4 | 9,7 | 7,8 | 11,2 | 8,0 | 9,1 |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

01.08.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды широкие ,извиты, вены уплотенны, с-м гвита. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

01.08.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блкоада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

01.08.17Кардиолог: Идиопатический пролапс митрального клапана. Дполнительная хорда ЛЖ. СН0

Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

07.08.17Гастроэнтеролог: Налкогольная жировая болезнь печени 1 ст, хронический панкреатит стадия неполной ресии. Хронический гастродуоденит, обостерние, H. Pylori - отриацтельный рек: стол№ 5, режим питания, урсонос 300 1т на ночь гепаризин 2т 2р/д за 30 мин д оеды. Контроль УЗИ ОБП через 1 мес. повторный осмотр после лелчения и контроля УЗИ.

08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. 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.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

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

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) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично 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. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., дицинон 1т. 3р/д., вазонит 1т.\*2р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д, эмоксипин 2к. \*3р/д. в ОИ, тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, трайкор 1т 1р/д,, слезавит 1т.\*1р/д. оптикс форте 1т 1р\д конс. лазерного хирурга.
8. Б/л серия. АГВ № 2358 с .08.17 по .08.17. к труду .08.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.