#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1113

##### Ф.И.О: Малов Сергей Александрович

Год рождения: 1976

Место жительства: Ореховский р-н, с. Тавической ул, Запорожская 95

Место работы: КП «Соцкомуненергия» ЗОС – електрогазосварщик, инв Ш гр

Находился на лечении с .07.08.17 по 11.08.17 в энд. 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,

Жалобы при поступлении на общую слабость, сухость во врту, гипогликемии на фоне физ нагрузок, практически полное отсутствие зрения на ОД. Снижение веса на 2 кг з 2 нед, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г в кетоацидотическом состоянии . Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. в 04.2017 в условиях эндокриндиспансера в свби с лабильным течением переведён на Инсуман Базал, Инсуман Рапид. Состояние ухудшилось 05.08.17 после жяжелых физ. нагурзок на жаре и нарушения режима питания, был ургентно госпитализирован в ОИТ ореховской ЦРБ в кетоацидотическом состоянии. Ацетон – следы, глюкоза крови – 18,6. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-14-16 ед., п/о- 14-16ед., п/у-10 ед., Инсуман Базал 22.00 18 ед. НвАIс – 12,8 % от 24.04.17. Последнее стац. лечение в 04.2017г. 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 |
| 07.08 | 138 | 4,1 | 3,6 | 4 | 0 | 2 | 64 | 32 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.08 |  | 5,6 |  |  |  |  | 6,0 | 220 | 12,8 | 3,2 | 2,7 | 1,27 | 0,93 |
| 10.08 | 59,3 | 5,32 | 1,54 | 2,11 | 2,5 | 1,5 | 5,1 | 140 | 12,7 | 3,2 | 1,7 | 1,45 | 1,93 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

07.08.17 Амилаза – 40,9

07.08.17 Анализ крови на RW- отр

11.08.17 Глик. гемоглобин – 13,5%

07.08.17 Гемогл –137 ; гематокр –0,43 ; общ. белок –73 г/л; К –4,94 ; Nа – 142,4 ммоль/л

08.08.17 Коагулограмма: вр. сверт. –12 мин.; ПТИ –107 %; фибр –2,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4

07.08.17 Проба Реберга: креатинин крови-86 мкмоль/л; креатинин мочи- 5940 мкмоль/л; КФ-191.7 мл/мин; КР-98.5 %

### 07.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

08.0817 ацетон 1+

С 11.07.17 ацетон - отр

08.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – отр

09.08.17 Суточная глюкозурия – 1,91%; Суточная протеинурия – отр

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 0708 |  |  | 24.4 | 20.2 | 9.9 |
| 08/08 32/0-4.8 | 19.4 | 4.7 | 9.1 | 6.0 | 6.0 |
| 09/08 | 7.4 | 9.6 | 20.8 | 10.5 |  |
| 10/08 |  |  | 8.7 | 6.4 |  |
| 13.08 | 18,3 | 15,9 | 15,3 | 9,4 |  |
| 14.08 |  | 15,0 | 7,1 | 9,9 | 19,4 |
| 16.08 | 17,0 |  | 6,9 | 6,6 | 10,2 |
| 17.08 2.00-16,5 |  |  |  |  |  |

09.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Рек: келтикан 1т 3р/д, актовегин 5,0 в/в

08.08.17 Окулист: ОД рубец роговицы с васкуляризацей в хрусталке, интенсивные помутненния. Рефлекса с дна нет. OS: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Сосуды сужены извиты. в макуле без особеннсотей. В хрусталике помутнения. Д-з: васкуляризированый срощенный рубец роговиы, осложенная артифакия ОД (исход травмы). Начальная катаракта OS. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.08.17 ЭКГ: ЧСС 85- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

09.7.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

08.08.17Хирург: Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст. ст

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: энтеросгель, альмагель, берлитион, ККБ, лесфаль, фаматидин, трисоль, реосорбилакт, стерофундин,

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. Б/л серия. АГВ № 2358 с .08.17 по .08.17. к труду .08.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед Карпенко И.В.