#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 763

##### Ф.И.О: Коломоец Евгений Александрович

Год рождения: 1988

Место жительства: Ореховский р-н, с. Преображенка ,пер. Ударный 12а

Место работы: н/р

Находился на лечении с 22.05.17 по 06.06.17 в диаб. отд.

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

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

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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

Аутоиммунный тиреоидит, Выберите элемент. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия Выберите элемент. степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта Выберите элемент..

Непролиферативная диабетическая ретинопатия Выберите элемент..

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.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до

140/90 мм рт.ст., головные боли, , общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 06.2015г в кетоацидотическом состоянии. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (В Москве до 1 мес получал Левемир, Новорапид в дробном режиме). Инсулин приобретал самостоятельно. В 05.2015 в условиях эндокриндиспансера назначен Инсуман Базал, Инсуман Рапид в 2х кратном режиме. В последующем был переведен на 4х кратную схему. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-12 ед., п/о- 12ед., п/у- 12ед., Инсуман Базал 22.00 – 24 ед. НвАIс -9,5 % от 18.05.17 . Последнее стац. лечение в 12.2015г. Повышение АД в нескольких лет . Из гипотензивных принимает кардиомагнил, 75 мг веч. 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 |
| 23.05 | 155 | 4,6 | 4,0 | 9 | 2 | 0 | 61 | 34 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 23.05 | 91,2 | 4,6 | 1,08 | 1,43 | 2,7 | 2,2 | 5,1 | 101,2 | 14,4 | 3,6 | 1,8 | 0,29 | 0,64 |

23.05.17 Анализ крови на RW- отр

### 23.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1037 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

24.05.17 Суточная глюкозурия – 3,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### .05.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.05 | 14,6 | 11,3 | 7,9 | 4,8 |  |
| 26.05 | 10,5 | 11,3 | 4,9 | 6,3 |  |
| 28.05 | 9,7 | 4,9 | 9,7 | 11,6 |  |
| 30.05 | 12,8 |  |  | 6,5 | 9,8 |
| 01.06 | 5,3 | 3,3 | 4,2 | 2,8 | 5,2 |
| 02.06 | 9,7 | 5,2 |  |  |  |
| 05.06 | 12,0 | 7,3 | 5,9 | 5,6 |  |

Невропатолог: На момент осмотра патологи со стороны ЦНС и ПНС нет.

22.05ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен.. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

24.05.17 на р-гр кистей без костно-деструктивных изменений. Зоны роста закрыты.

29.05.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь 1 ст. ПМК 1 ст СН 0.

Рек. кардиолога: престариум 1,25 -5мг 1р/д.

24.05.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.05.17 Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

23.05.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов.

23.05.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева – 0,9. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst III слева – 1ст, справа – норма

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные В пр доле в с/3 расширенный фолликул 0,43см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Расширенный фолликул пр. доли.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, эналаприл, кардиомагнил,

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: Инсуман Рапид п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Инсуман Базал 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В