#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 611

##### Ф.И.О: Меркуш Михаил Александрович

Год рождения: 1970

Место жительства: Акимовский р-н, с. Шелюги ул. Молодёжная 30

Место работы: н/р

Находился на лечении с 24.04.17 по 08.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип ,

вторичноинсулинзависимый,

средней тяжести, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение

Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

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

Диабетическая энцефалопатия I-II, Дисметаболическая энцефалопатия,

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

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

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. СН I ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

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

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за 3 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, учащенное сердцебиение, ухудшение памяти, отеки н/к к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1983г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы -гипогликемические, за последний год 4 раза с вызовом СМП. С начала заболевания инсулинотерапия ( принмиал различные виды) С 2008 переведенана Фармасулин Н, Фармасулин НNP, С 2016 – Актрапид НМ, Протафан НМ . В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-20 ед., п/о-6 ед., п/у- 4ед., Протафан НМ 22.00 12-14ед Гликемия –2,0-15,0 ммоль/л. 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 |
| 25.04 | 135 | 4,0 | 7,3 | 3,0 | 4 | 1 | 72 | 21 | 2 |
| 04.05 | 117 | 3,5 | 8,0 | 28 | 1 | 1 | 83 | 12 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.04 | 51,7 | 6,5 | 1,65 | 1,33 | 4,4 | 3,9 | 4,3 | 132,0 | 12 | 3,0 | 2,2 | 0,35 | 0,52 |
| 28.04 |  | 5,6 | 1,97 | 1,13 | 3,6 | 3,9 | 6,0 | 132 | 11,9 | 3,8 | 3,0 | 0,35 | 0,49 |

25.04.17 Анализ крови на RW- отр

27.04.17 лик гемоглобин – 10,0 %

28.04.17 К – 4,8 ; Nа – 145 Са - 2,6 ммоль/л

03.05.17 Коагулограмма: ПТИ – 101,4 %; фибр – 4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2

### 25.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – ,0383 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

26.04.17 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – 0,849

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.04 | 8,5 | 9,6 | 4,2 | 7,3 |  |
| 28.04 | 8,4 | 4,3 | 9,3 | 12,6 |  |
| 02.05 | 11,9 | 6,8 | 4,5 | 2,5 | 7,4 |
| 04.05 | 20,0 | 13,6 | 14,3 | 9,3 | 9,2 |
| 05..05 | 10,1 | 10,4 | 16,2 | 10,1 |  |
| 07.05 | 6,1 |  | 4,7 | 7,9 | 6,3 |
| 08.05 2.00-12,4 |  |  |  |  |  |

03.05.17Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, (NSS 4, NDS 4) сенсомоторная форма, хроническте течение . Трофическая язва 1п правой стопы. Дисметаболическая энцефалопатия ,цереброастенический с-м. рек-но: пр. а-липоевой кислот 600 мг в/в кап « 10 ,витаксон 2,0 в/м № 10, ноотропил 10,0 в/в № 10, армадин лонг 300 1 мес

05.05.16 НА р-гр правой стопы в 2х проекция определяется культя II п.на уровне с/3 основной фаланги в удовлетворительном состоянии.

25.04.17 Окулист: VIS OD= 0,4 н/к OS= 1,0 ;

Интенсивное помутнения в хрусталиках ОД в верхнем крае, на остальном протяжение прозрачный. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 артерии узкие вены широкие ,полнокровные, очень извиты с-м Салюс 1ст. В макуле рефлекс сглажен. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Осложнённая катаракта ОИ. Миопический астигматизм слабой степени ОД . рек-но: офтан катахрон 1к 3р/д постоянно.

24.04.17 ЭКГ: ЧСС – 92 уд/мин. Вольтаж снижен . Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Рубец верхушечной области.

25.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. IIст. с-м диабетической стопы 1 ст, смешанная форма. Трофическая язва ногтевой фаланги 1п пр. стопы. в стадии регенерации 1 ст по Вагнеру.

25.04.17 РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

25.04.17 Допплерография: Определение ЛПИ противопоказано и-за наличия у больного трофической язвы 1 пальца правой стопы.

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: Актрапид НМ, Протафан НМ, тивортин, карведилол,хипотел, кардиомагнил, агапурин, фенигидин,

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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Берлитион (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. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
7. 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