#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1553

##### Ф.И.О: Долгополый Александр Анатольевич

Год рождения: 1961

Место жительства: Ореховский р-н, .Орехов ул. Общественная 12

Место работы: КУ «Ореховкая ЦРБ»ОРС ЗО, сторож

Находился на лечении с .11.17 по .11.17 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.

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. 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 сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, периодически колющие бои в области сердца, эпизоды учащенного сердцебиения, одышка при подъеме на3йэтаж, болезненность в области п/о раны в левой паховой области..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. появилисьдиабетчиеские жалобы,обраилась за мед помощью, была выявлена гипергликемия 20,0 ммол/л, В последующем к эндокриологу не обращался. Самостоятельно принимал манинил .С 206 на «Д» учете , тогда всвязи с неэфективносьюССП был переведен на инсулиноетрию: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, затем Хумодар К 25 100Р В 2012 перееден на Фармасулин Н, Фармасулин НNP. С 01.2015 получает комбинированную инсулиноетапию : Фармасулин НNP, Фармасулин Н +диаформин 850 2р/д В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 23ед., п/у-23 ед., Фармасулин НNP п/з 34 ед, п/у 36 ед. диаформин 850 2р/д. Гликемия –10,0-12,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 11.2017 г. 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 |
| 08.11 | 139 | 4,3 | 5,8 | 25 | 3 | 1 | 60 | 32 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.11 | 93,3 | 6,6 | 2,88 | 1,19 | 4,08 | 4,5 | 4,2 | 81,4 | 11,4 | 2,1 | 2,1 | 0,38 | 0,35 |

08.11.17 Глик. гемоглобин – 11,0%

08.11.17 К –4,23 ; Nа – 137 Са++ 1,08- С1 - 100ммоль/л

13.11.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 81 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4

.11.17 Проба Реберга: креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 08.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк – 0-1 ед в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

09.11.17 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – 0,054

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.11 | 12,3 | 10,0 | 12,5 | 10,6 |  |
| 10.11 | 3,1 | 5,7 | 12,6 | 7,8 |  |
| 12.11 | 6,7 | 10,4 | 8,5 | 10,5 |  |
| 13.11 |  |  |  | 7,2 |  |
|  |  |  |  |  |  |

09.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5),, Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Вертеброгенная люмбалгия в ст. ремиссии. Рек: актовегин 10,0 в/в № 10 ,келтикан 1т 3р/д, сермион 30 мг веч 1 мес.

14.11.17 Окулист: VIS OD=0,5 н/к OS= 0,5 н/к Факосклероз.

Гл. дно: А:V 1:2 артерии сужены, вены неравномерного калибра, извиты, полнокровны, ангиосклероз, с-м Салюс IIст. В макуле начальные дистрофические изменения, Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ВМД (сухая форма)ОИ

02.11.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

09.11.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д, небивалол 5 мг 1р/д, ивабрадин5 мг ,аторвастаин10 мг,эналаприл 5-10 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

07.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II-Шcт. Варикозная болезнь н/к. ВРВ голени Ш ст с двух сторон. Тромбофлебит вен левогобедра. СПО 03.11.17 Тромбэктомияс ОБВ слева,кроссэктомия.

09.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы 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 семейного врача, эндокринолога, 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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Б/л серия. АДГ № 6716 с .11.17 по .11.17. к труду .11.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.