#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1581

##### Ф.И.О: Коротич Александр Павлович

Год рождения: 1962

Место жительства: Черниговский р-н,с. В Токмак ул. Степная 46

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.11.17 по 27.11.17 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.

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,

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

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию,

увеличение веса на … кг за год,

ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до ++ мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физ. нагрузке, учащенное мочеиспускание, сердцебиение, боли в прекардиальной области, боли в эпигастральной области, боли в поясничной области, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил). С … в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Постоянно инсулинотерапия.

В наст. время принимает: п/з- ед., п/о- ед., п/у- ед., 22.00

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Хумулин R, Хумулин NРН, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, диабетон МR,

Генсулин R, Генсулин Н,

Гликемия – ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в …г. Боли в н/к с начала заболевания в течение … лет. Повышение АД в течение … лет. Из гипотензивных принимает …

ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл от … .

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 11.11 | 131 | 4,2 | 7,8 | 55 | 1 | 7 | 59 | 31 | 2 |
| 13.11 |  |  |  | 42 |  |  |  |  |  |
| 20.11 | 108 | 3,2 | 5,0 | 45 | 0 | 2 | 59 | 37 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.11 |  |  |  |  |  |  | 4,0 | 123 | 10,2 | 2,5 | 2,4 | 0,12 | 0,12 |
| 13.11 |  | 3,8 | 1,88 | 1,13 | 1,8 | 2,3 |  |  |  |  |  |  |  |

22.11.17 Железо – 11,2

11.1.17 Амилаза – 71,5

11.11.17 Анализ крови на RW- отр

11.11.17 Гемогл –130; гематокр – 0,4 ; общ. белок – 74 г/л; К – 4,86 ; Nа – 124,5ммоль/л

11.11.17 К – 4,8; Nа – 124 Са++ 1,25- С1 -112 ммоль/л

11.11.17 Коагулограмма: вр. сверт. –10 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр – 7,5 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6

13.11.17 Проба Реберга: СКФ 60,8 креатинин крови-98 мкмоль/л; креатинин мочи-5280 мкмоль/л; КФ-147,3 мл/мин; КР- 98,2%

### 11.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

12.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 56250 эритр - 1000 белок – 0,047

20.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 10000 эритр - 500 белок – отр

13.11.17 Суточная глюкозурия – 1,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### .11.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.11 |  | 13,7 | 7,5 | 7,3 | 6,8 |
| 14.11 | 13,3 | 11,7 | 9,8 | 12,4 |  |
| 15.11 | 11,5 | 10,8 | 4,9 | 11,2 |  |
| 17.11 | 7,9 | 4,0 | 8,8 | 6,8 |  |
| 19.11 | 7,5 | 4,6 | 2,1 | 6,6 |  |
| 21.11 | 6,1 | 3,7 | 12,4 | 4,4 |  |
| 23.11 | 6,4 | 9,2 | 6,8 | 4,0 |  |

11.11.7 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Рек: келтикан1т3р/д, диалипон 600 в/в, цефтриаксон 10,0

17.11.17 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,8 Факосклероз.. А:V сосуды сужены ,извиты, склерозированы, , вены полнокровны, с-м Салюс1 ст. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

13.11.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.11.17ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

23.1.117 УЗИ: Структурных изменений органом МВС не выявлено.

24.11.17 Нефролог: ХБП II. Диабетическая нефропатия Б Ш ст. АГ ст очень высокого риска. Рек. Контроль ан. крови мочи ,показателей азотемии. Контроль УЗИ. АД

13.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.11.17 7Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

22.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: цефриаксон, канефрон, пирацетам, гепарин, атоксил, мани В6, ККБ, омепразол, но-шпа, Хумодар Р100Р,Хумодар Б100Р диалипон турбо, ципрофлоксацин.

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: Хумодар Б100Р п/з-20 ед., п/уж -16 ед., Хумодар Р100Р п/з 8 ед, п/у 8 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.