#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1456

##### Ф.И.О: Мирошник Иван Николаевич

Год рождения: 1948

Место жительства: Запорожский р-н, с. Юльевка ул. Шевечнка 3

Место работы:

Находился на лечении с 20.10.17 по 03.11.17 в диаб. отд. ( 20.10.17-24.10.17 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. (NDS4 NSS4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС, п/инфарктный кардиосклероз (12.05.17) Аневризма верхушки левого желудочка. СН II А ф.кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к при ходьбе, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физ. нагрузке, периодически чувство тошноты, учащенный ночной диурез, зябкость стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 05.2017г. в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания стабильное.. Комы отрицает. С начала заболевания в условиях ЗОЭД была назначена дробная инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з 8 ед, п/о 8 ед, п/у 4-6 ед, в 22.00. 2-4 ед, 2.00 2-4 ед. тогда же был выявлен острый инфаркт миокарда, на дробной инсулинотерапии был переведен в ГКБЭ и СМП. В последующем при выписке был рекомендован прием ССП: диапирид 4 мг утром + 2 мг веч, диаформин 1000 1т2р/д После выписки из стационара периодически отмечал чувство тошноты, обращался к эндокринологу в «Диасервис», принимал Диабетон MR 120 мг утром, диаформин 500 2р/д. В течение последнего месяца самостоятельно отменил диаформин. В 10.2017 при обращении к эндокринологу в «Диасервис» глик. гемоглобин от 18.10.17 – 11%. В связи с декомпенсацией СД был направлен на госпитализацию в ЗОЭД для подбора инсулинотерапии. При поступлении выявлена ацетонурия 2+, ургентно госпитализирован в ОИТ.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение года, принимает конкор 2,5 мг веч, кораксан 7,5 1т 2р/д, предуктал MR 1т 2р/д, верошпирон 25 мг 1/2т утром, , бритомар 1т в 2-3дня.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 20.10 | 165 | 5,0 | 4,9 | 10 | 1 | 0 | 68 | 28 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.10 |  |  |  |  |  |  | 4,6 | 91 | 13,4 | 3,2 | 2,0 | 0,46 | 1,01 |
| 23.10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,23 | 0,26 |

20.10.17 Амилаза – 29,0

24.10.17 Анализ крови на RW- отр

20.10.17 Глик. гемоглобин – 11,9%

20.10.17 Гемогл – 165 ; гематокр –0,53 ; общ. белок – 75,2 г/л; К – 4,78; Nа – 134,8 ммоль/л

21.10.17 Гемогл – 160 ; гематокр –0,50 ; К – 3,98; Nа – 137 ммоль/л

20..10.17 К –4,78 ; Nа –134,4 Са++ -1,0 С1 -110 ммоль/л

23.10.17 К – 4,63 Na – 136,9

22.10.17 Проба Реберга: креатинин крови-89 мкмоль/л; креатинин мочи-4015 мкмоль/л; КФ-126,6 мл/мин; КР- 97,6%

### 20.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,105 ацетон –2+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

21.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

22.10.17 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 26.10.17 Микроальбуминурия –69,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.10 | 11,1 | 13,1 | 10,7 | 4,2 | 7,6 |
| 22.10 | 10,8 | 8,7 | 12,2 | 11,0 |  |
| 24.10 | 7,0 | 12,4 | 13,5 |  |  |
| 25.10 | 8,2 | 12,6 | 14,7 | 11,6 |  |
| 29.10 | 7,5 | 14,4 | 11,7 | 14,8 |  |
| 01.11 | 6,6 | 6,2 | 6,3 | 3,0 | 5,4 |
| 02.11 | 5,3 | 7,7 | 9,2 | 9,4 |  |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. (NDS4 NSS4) Энцефалопатии 1ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) рек: келтикан 1т 3р/д, армадин 4,0 в/в.

20.10.17 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены неравномерного калибра, с-м Салюс 1- II. В макуле депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

30.10.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочной области . .

03.11.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия, единичная желудочковая экстрасистола. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочной области.

23.10.17Кардиолог: ИБС, п/инфарктный кардиосклероз (12.05.17) Аневризма верхушки левого желудочка. СН II А ф.кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, клопидогрель 75 мг веч, небивалол 1,25 , предуктал MR

аспекард 100 мг 1р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

03.11.17 Кардиолог: диагноз прежний:. В состоянии положительная динамика. Рекомендовано увеличить дозу конкора до 5 мг/сут, отменить кардикет, сиднофарм. Контрольный осмотр у кардиолога через 5-7 дней после выписки.

20.10.17 На р-гр ОГК легкие без инфильтрации корни малоструктурны, сердце – увеличен левый желудочек.

20.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

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: кардиомагнил ,клопидогрель, торвакард, тридуктан, нитромакс, фуросемид, ККЬ, берлитион, актовегин, пирацетам, лесфаль, Фармасулин Н, келтикан, омез, армадин, фервекс, аспаркам, нитромакс, торвакар, закардим, лоспирин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-6-8 ед., п/уж -2- 4ед., Фармасулин НNP п/з 26-27 ед., п/уж 16-18 ед. При нормализации постпрандиальной гликемии возможно отменить Фармасулин Н ( под контролем гликемии, наблюдением врача эндокринолога)

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: конкор 5 мг утром, эналаприл 5 мг утром, лоспирин 75 мг 1т веч. клопидогрель 75 мг веч, трифас 10 мг 1т утром 2-3р/нед, предуктал MR 1т 2р/д 2 мес Контроль АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.