#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1511

##### Ф.И.О: Сопин Сергей Васильевич

Год рождения: 1974

Место жительства: Васильевский р-н, с. М. Белозерка ул. Киевская 37

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 13.11.18 по  23.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, 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 II ст.

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 гипогликемические состояния в различное время (в ночное время в 1.00 и в дневное время при физ нагрузке. увеличение веса на 1 кг за пол года , ухудшение зрения, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст.,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1982г (с 8 лет). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания на инслуинтерпии. Получал различные виды инсулина. С 2007 в связи с лабильным течение СД в ЗОЭД был переведен на Лантус, Новорапид, затем Лантус, Эпайдра. Комы гипогликемические 3р на генно-инженерных инсулинах. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 8ед., п/о-5 ед., п/у- 8ед.,Лантус 8.00 -10 ед. Гликемия –2,3-18,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни:: С 2012 АИТ, гипотиреоз, АТТПО от 2014 – 88 ( 0-30) МЕ/мл. принимает эутирокс 31,25 мкг/сут.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 14.11 | 163 | 4,9 | 3,4 | 16 | |  | | 1 | 1 | 58 | 34 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.11 | 72,8 | 7,34 | 1,26 | 2,5 | 4,26 | | 1,9 | 3,3 | 99 | 17,7 | 2,9 | 3,7 | | 0,28 | 0,18 |

16.11.18 Глик. гемоглобин -6,7 %

16.11.18 ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

16.11.18 К – 4,02 ; Nа – 138Са++ - 1,07С1 - 98 ммоль/л

### 14.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед в п/зр

15.11.18 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.11.18 Микроальбуминурия –41,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.11 | 7,6 | 9,1 | 11,6 | 6,0 | 2,3 |
| 15.11 |  |  |  | 2,9 | 4,9 |
| 18.11 |  |  | 5,8 | 10,5 | 11,0 |
| 19.11 2.00-12,7 | 13,0 | 11,9 | 8,2 | 12,3 |  |
| 21.11 | 12,4 | 11,6 | 9,0 | 14,7 | 10,0 |

16.11.18Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 ;.

Гл. дно: сосуды умеренно сужены, извиты, вены неравномерного калибра, полнокровны, микроаневризмы, друзы, на периферии следы от ЛК, участки депигментации . Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.11.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. с-м ранней реполяризации желудочков

20.11.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь I ст.

Рек. кардиолога: фитосед 1т 3р/д, индапен 1т 1р/д. Дообследование ЭХОКС, суточный мониторинг ЭКГ, ВЭМ.

16.11.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

16.11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. ш шст Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. 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.

13.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,4 см3; лев. д. V =4,5 см3

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

Лечение: Лантус, Эпайдра

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Лантус 22.00 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. 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.
9. 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.