#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1147

##### Ф.И.О: Павловский Сергей Юрьевич

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье ул. Лахтинская 5-68

Место работы: н/р

Находился на лечении с 03.09.18 по  13.09.18 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 сухость во рту, жажду, полиурию, , гипогликемические состояния в ночное время до 2х раз в неделю, учащенный ночной диурез, жжение в подошве левой стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. выявлен при проведение эмлолизации сосудов щит железы в киевском НИИ по поводу ДТЗ. Эмболизация осложнилась острым тромбозом правой н/к, в связи с чем произведена ампутация пр в/3 беджа, на фоне стреса выявлена гипергликемия. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, прпотофан. С 2015 принимает Ринсурин Р п/о п/у Ринсулин НПХ 14 ед утром 16 ед в 22.0. Комы отрицает. В наст. время принимает: Ринсулин п/з- 10-12ед., п/о- 8-10ед., п/у-10-12 ед., Ринсулин НПХ 9.00- 14-16 ед. п/у ( 22) – 16 ед. Гликемия –4,7-22,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 04.09 | 140 | 4,2 | 7,8 | 37 | |  | | 1 | 1 | 70 | 27 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.09 | 70,8 | 6,6 | 1,73 | 1,56 | 4,2 | | 3,2 | 6,5 | 101 | 11,2 | 2,7 | 2,3 | | 0,14 | 0,23 |

05.09.18 Глик. гемоглобин -9,3 %

04.09.18 Анализ крови на RW- отр

07.09.18Св.Т4 - 4,7 (10-25) ммоль/л;

04.09.18 К – 4,7 ; Nа – 138,9 Са++ -1,1 С1 - 100 ммоль/л

05.09.18 Проба Реберга: креатинин крови-106 мкмоль/л; креатинин мочи- 9075 мкмоль/л; КФ- 61,5мл/мин; КР- 98,8 %

### 04.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,305 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

06.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,117

05.09.18 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – 0,248

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.09 |  |  |  | 11,2 |  |
| 04.09 | 10,9 | 9,8 | 10,9 | 6,5 | 7,7 |
| 05.09 2.00-7,4 | 6,8 |  |  |  |  |
| 06.09 | 14,9 | 12,1 | 5,3 | 6,8 | 3,1 |
| 08.09 6.00-4,7 | 6,1 | 6,3 | 8,5 | 8,9 | 4,3 |
| 10.09 | 7,1 | 10,3 | 10,9 | 11,3 | 4,8 |
| 11.09 6.00-9,4 |  |  |  |  |  |
| 12.09 6.00-11,1 |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

11.09.18 Окулист: ОД – в хрусталике негомогенное помутнение. OS . Артифакия на гл дне сосуды сужены, извиты, склерозированы, микроаневризмы, точечные геморргаии. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

04.09.18 Кардиолог: ИБС, п/инфартный (без даты) кардиосклероз. СН II А. ф .кл II

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д небивалол 1т 1р/д, эплепрес 25 мг 1рд.

Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

07.09.18 ФГДЭС: Рефлюкс эзофагит, стеноз выходного отдела желудка.

10.09.18 ФГДЭС: атрофическая гастропатия.

11.09.18 ФГОГК: № 114587 НА р-гр правого плечевог ос-ва определяется известковые наслоения в области б/бугорка, характерно для известкового бурсита. НА р-гр ШОП субхондрлаьный склероз снижение высоты межпозвонковых дисков на уровне С4,5,6

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: 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: 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.,

метформин (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. 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. АДЛ № 1777 с 08.18 . по .08.18 к труду .09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.