#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1188

##### Ф.И.О: Игнатов Андрей Викторович

Год рождения: 1974

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Щорса 34

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.09.18 по  20.09.18 в энд. 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 частые гипогликемические состояния в ночное время до 2-3 р/нед и в дневное время на фоне физ нагрузки, периодически сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, снижение веса на 8 кг за 3 мес, жидкий стул до 4х р/д повышение АД до 140/90 мм рт ст, вздутие живота, , периодически изжога.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1987г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Получал различне виды инслуина. Последнии 10 лет получает Фармасулин Н, Фармасулин НNP. В течение последнего года в связи с частыми гипогликемическими состояниями самостоятельно уменьшил дозу вводимого инсулина. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-8 ед., п/о10- ед., п/у-8-10 ед., Фармасулин НNP п/з 14 ед, 22.00 – 14 ед. Гликемия –2,0-16,0 ммоль/л. НвАIс -11,9 % от 15.07.18 . Последнее стац. лечение в 2010г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: ЯБЖ и ДПК, хр. панкреатит с 1992 г. Вторичный колит , рубцовая деформация ЛДПК, 2001 – лазеркоагуляция сетчатки ОИ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.09 | 153 | 4,6 | 5 |  | | 1 | | 2 | 63 | 31 | 3 | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.09 | 89,5 | 5,5 | 1,06 | 1,93 | 3,1 | | 1,8 | 6,5 | 79 | 12,1 | 3,3 | 2,8 | | 0,26 | 0,12 |

13.09.18 Амилаза – 48,7 ( 0-90) диастаза – 75,3 ( 0-450)

19.09.18 Альфа – амилаза – 61,0 ( 28,0-100,0 Лиапаза панкерат – 4,0 (21,0-67,0)

13.09.18 К – 4,4 ; Nа –130 Са++ - 1,07С1 - 106 ммоль/л

### 13.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

17.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

14.09.18 Суточная глюкозурия – 3,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.18 Микроальбуминурия –26,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.09 | 10,7 | 15,7 | 8,3 | 6,6 | 9,4 |
| 14.09 | 6,3 | 14,0 |  |  |  |
| 16.09 | 7,0 | 11,8 | 4,1 | 4,1 | 10,2 |
| 17.09 | 12,5 |  |  |  |  |
| 19.09 | 8,3 | 15,4 | 12,1 | 7,2 | 5,4 |
| 20.09 |  |  |  | 11,8 |  |

13.09.18 Окулист: VIS OD=0,08сф – 7,0=0,5 OS=0,09сф – 6,5=0,7 .

Уплотнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: А:V 1:2 артерии сужены, вены расширены, полнокровны, микроаневризмы, друзы, на переферии .следы от ЛК. Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложенная катаракта, миопия высокой степени ОИ.

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

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

18.09.18Гастроэнтеролог: Хр. панкреатит с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы: Вторичный колит. Язвенная болезнь активная фаза?

20.09.18 Гастроэнтеролог: язвенная болезнь активная фаза, эрозивный гастродуоденит в стадии обострения. Рубцовая деформация луковицы ЛДПК, H-pylori – отр. Хронический панкреатит с нарушением внешне- и внутрисекрктроной функции поджелудочной железы . Рек: стол№ 5 режим питани, эзолонг 40 мг 1т 2р/д за 1 час до еды 2 нед, гастро норм (де-нол) 2т 3р/з за 30 мин до еды 14 дней, альмагель 1 дес. ложка 3р\д через 30-40 мин после еды 7-10 дней, зафирон 20 мг 1п 2р/д 2 нед, креон 25 тыс, 1к 3р/д во время еды

19.09.18: ФГДЭС: Эрозивная гастродуоденопатия. Рубцовая деформация ЛДПК Уреазный тест - отр.

17.09.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы справа, слева – снижение 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

14.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника.

12.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,2 см3; лев. д. V = 4,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: хопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNP, креон, лоперамид,

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: Фармасулин Н п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед.,Фармасулин НNP 22.00 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. 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.