#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1197

##### Ф.И.О: Навозенко Виталий Александрович

Год рождения: 1988

Место жительства: г. Запорожье ул. Кочубея 52

Место работы: ЧАО «Запорожкокс» инженер СЕмМ, инв II гр

Находился на лечении с 13.09.18 по  22.09.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Пангипопитуитаризм с выпадением кортикотропной, тиреотропной, гонадотропной функции, мед. субкомпенсации. Несахарный диабет средней тяжести ст. компенсации. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ, нисходящая частичная атрофия зрительного нерва. Миопия высокой степени ОИ

Жалобы при поступлении на пекущие боли в стопах, судороги в н/к, жажду, полиурию, снижение веса на 8 кг за год, общую слабость, быструю утомляемость. повышение АД до 160/100 мм рт ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. . Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимал Инсуман Базал, Инсуман Рапид, В условиях университетской клиники ХНМУ переведен на Эпайдра Тожео. В наст. время принимает: Тожео 21.00 – 12-15 ед. Эпайдра п/з- 10ед., п/о-12 ед., п/у-10 ед., глюкофаж п/з 500 мг, п/о 100 мг, п/у 500 мг. Гликемия –8,5-13,4 ммоль/л. НвАIс -8,0 % от 19.01.18 . Последнее стац. лечение в 2016г. 21.12.15 удаление краниофарингиомы г. Киев (Феофания) с послед развитием пангипопитуитарного с-ма, постоянна заметсительная терапия: эутирокс 75 мкг, кортеф 10 мг, уропрес 1д 3р/д. Т4св от 19.06.18 – 0,78 (0,78-1,94). ТТГ – 2,99 ( 0,9-4,0). 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 | | |
| 14.09 | 149 | 4,5 | 5,2 | 25 | |  | | 1 | 1 | 42 | 53 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.09 | 120 | 6,83 | 4,99 | 1,23 | 3,31 | | 4,5 | 4,2 | 90 | 17,7 | 4,3 | 12,4 | | 0,8 | 1,58 |

14.09.18 Глик. гемоглобин – 11,7%

14.09.18 К – 4,13 ; Nа – 141 Са++ - 1,11С1 -99 ммоль/л

### 14.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –13-14 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

21.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -0 белок – отр

17.09.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.18 Микроальбуминурия –25,6 мг/сут

19.09.18 Анализ мочи по Зимницкому:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1010 | 0,3 |
| 2 | 9.00-12.00 | - | - |
| 3 | 12.00-15.00 | 1013 | 0,1 |
| 4 | 15.00-18.00 | - | - |
| 5 | 18.00-21.00 | 1010 | 0,4 |
| 6 | 21.00-24.00 | - | - |
| 7 | 24.00-3.00 | 1015 | 0,2 |
| 8 | 3.00-6.00 | - | - |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.09 | 10,0 | 12,4 | 10,1 | 12,2 |
| 16.09 | 9,7 | 12,4 | 7,5 | 6,2 |
| 17.09 | 7,7 |  | 12,2 | 12,6 |
| 18.09 | 7,3 | 8,7 |  | 7,8 |
| 19.09 | 7,7 | 9,4 | 8,3 | 7,2 |

20.09.18 Окулист: VIS OD= 0,2-0,3 с кор 0,4 OS= 0,2-0,3 с кор 0,4

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. височные деколорация ( слева) А:V 1:2 Сосуды сужены, неравномерного калибра, вены полнокровны, в макуле рефлекс сглажен Д-з Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ, нисходящая частичная атрофия зрительного нерва. Миопия высокой степени ОИ:

13.09.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.09.18 ФГ ОГК№ 114648 без патологии

20.09.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,4см3; лев. д. V = 4,8 см3

Размеры железы меньше нормы. Контуры неровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхострукра крупнозернистая несколько неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы..

18.09.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

Лечение: Тожео, Эпайдра, L-тироксин, глюкофаж, кортеф, уропрес, эспа-липон, стеатель,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняются пекущие боли в н/к, преимущественно в ночное время, онемение пальцев стоп, судороги икроножных мышц. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, сохраняющийся болевой с-м н/к, решением ЛКК, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Курорт Орливщина».

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- 10-12ед., п/о- 12-14ед., п/уж -10-12 ед., Тожео 22.00 17-19 ед.

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) п/з 500 мг, п/о 1000 мг, п/у 500 мг.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., 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. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Конс невропатолога по м/ж
6. Кортеф 10 мг утром после еды, L-тироксин 75 мкг утром до еды, уропрес 1доза 3р/д
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр Т4св в динамике.
8. При ухудшении самочувствия контроль электролитов, Na, К, ан. мочи по Зимницкому в динамике
9. Б/л серия. АДЛ № 1777 с 13.09.18 по 22.09.18 . продолжает болеть. С 09.18 б/л серия АДЛ № 1777 на реабилитационное лечение в санаторий «Курорт Орливщина» № договора 23019/25037/18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.