#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1235

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

Год рождения: 1975

Место жительства: г. Энергодар, пр. Строителей 32-69

Место работы: ДТЭК, Запорожская ТЭС , начальник смены. Инв Ш гр

Находился на лечении с .09.18 по  .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 сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли,, периодчиески ощущение перебоев работе сердца

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. при обращении к врачу по поводу сухости во рту, жажды, поетри веса, с того же веремени инсулиноетпия, ползовалась различными видами инсулина, длительно Хумодар Р100Р. Хумодар Б100Р, В 2016 в связи с перенесенным ++ был переведен на Актрапид НМ, Протофан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 15-18ед., п/о-6-8 ед., п/у-6-8 ед., Протафан НМ п/з 16- 18 ед, п/у 20 ед. Гликемия –11,0-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 201 лет. 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 | | |
| 24.09 | 150 | 4,5 | 5,5 | 25 | |  | | 1 | 1 | 63 | 31 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.09 | 93 | 3,98 | 0,91 | 1,3 | 2,26 | | 2,0 | 4,7 | 90 | 11,4 | 2,7 | 2,1 | |  |  |

24.09.18 К – 4,05 ; Nа – 139 Са++ 1,14- С1 -104 ммоль/л

### 25.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ум ; эпит. перех. - в п/зр

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

24.09.18 Суточная глюкозурия – 0,9 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.09.18 Микроальбуминурия –26,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.09 | 12,1 | 15,7 | 8,3 | 6,3 | 5,9 |
| 24.09 | 4,2 | 9,2 | 8,6 | 7,9 | 8,6 |
| 25.09 | 6,6 |  |  |  |  |
| 26.09 2.00-5,8 | 3,8 | 9,8 | 5,0 | 3,2 |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

24.09.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 1,0

Гл. дно: А:V 1:2 вены широкие, полнокровные, артери умеренно сужены, сосуды извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.09.18 ЭКГ: ЧСС – 92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

24.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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.

21.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,4 см3; лев. д. V = 5,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, крупнозернистая, неоднокродная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

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.,

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 09.18 . по .09.18 к труду .09.18

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В.