#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 971

##### Ф.И.О: Цыкин Сергей Николаевич

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье пер Херсонский 16

Место работы: ЧАО «Мироновский Хлебопродукт», механик АК.

Находился на лечении с 20.07.18 по  28.07.18 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,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II НФС I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, перебои в работе сердца, боли в ставаха кистей ,вздутие кишечника, нарушение мочеиспускания, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . С 2002 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 16ед., п/у-14 ед. Гликемия –8,1-13 ммоль/л. НвАIс - 9,4% от 26.06.18. 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 | | |
| 23.07 | 153 | 5,11 | 10,8 | 7 | |  | | 3 | 1 | 76 | 17 | | 3 | | |
| 25.07 | 143 | 4,75 | 7,4 | 13 | |  | | 2 | 2 | 61 | 31 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.07 | 66,0 | 4,91 | 1,32 | 1,63 | 2,67 | | 2,0 | 4,9 | 115 | 10,6 | 2,4 | 2,1 | | 0,55 | 0,62 |

23.07.18 Глик. гемоглобин – 9,6%

23.07.18 К – 5,07 ; Nа – 143 Са++ -1,11 С1 - 98 ммоль/л

### 24.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –2+; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

С 25.07.18 ацетон - отр

24.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

23.07.18 Суточная глюедкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### .07.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.07 | 9,1 | 8,6 | 13,3 | 9,6 |
| 24.07 | 9,8 | 10,3 | 7,3 | 2,9 |
| 25.07 | 12,0 | 13,4 | 4,1 |  |
| 26.07 | 13,9 |  |  |  |

26.07.18Невропатолог: вертеброгенная цервикалгая мышечно-тонический с-м. Вертеброгенная тракалгия протрузия Т5-Т6 Т7-Т8 Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6).

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Выберите элемент. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

20.07.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

23.07.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия экстрасистолическая аритмия СН0-I.

25.07.18ЭХО КС: Систолическая функции миокарда ЛЖ сохранена, диастолическая дисфункция по первому типу, минимальная регургитация на ТК, АК 3х створчатый, функция АК не нарушена. Незначительная дилятация ПП

23.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

24.04.18 ФГ оГК № 11358 без патологии

25.07.18 Гастроэнтеролог: Язвенная болезнь а/фаза ГЭРБ, недостаточность кардии. Рефлюкс эзофагит. Хр. гастродуоденит, обострение. Рубцовая деформация ЛДПК, H-pylori – отр. Рек: стол № 5, режим питания эзолонг 40 мг 2р/д за1 час до еды 14 дней, гастронорм 2т 2р/д за 30 мин до еды 2 нед. фосфалюгель (гавискон) 1т 3р/д через 30-40 мин после еды. дообследование УЗИ ОБП

23.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 нарушена.

23.07.18 ФГДЭС: недосточность кардии, рефлюкс эзофагит. Эритематозная гастропатия. Рубцовая деформация в++ . дуоденогатсральныйрефлюкс

28.07.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

20.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,7 см3; лев. д. V = 6,3см3

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

Лечение: омепразол, гастронорм, фосфалюгекль, Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, бисопролол, пирацетам, левофлоксацин, ксилат, стеатель, аткосил, креон, тиолипон, актовегин, витаксон

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: Хумодар Р100Р п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Хумодар Б100Р 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. Рек. кардиолога:
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. 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.
11. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. .
13. Б/л серия. АДЛ № 1776 с 07.18 . по .07.18 к труду .07.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.