#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 749

##### Ф.И.О: Сытый Александра Сергеевич

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Запорожье ул. Сикорского 470-202

Место работы: н/р инв Ш гр

Находился на лечении с 30.05.18. по 07.06.18 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, повышение АД макс. до 150/110 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния в ночне время до 1р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан НМ ). В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед.,Протафан НМ 22.00 16-18 ед. Гликемия –2,8-16,0 ммоль/л. НвАIс – 9,4 % от 21.05.18 . Последнее стац. лечение в 2013г. В анамнезе аллергический дерматит распростарненая форма, периодически принимает дексофаст.

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 | | |
| 30.05 | 161 | 4,8 | 4,3 | 3 | |  | | 1 | 1 | 69 | 27 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 30.05 | 76,0 | 6,0 | 1,48 | 1,85 | 3,47 | | 2,2 | 3,1 | 102 | 12,8 | 2,5 | 3,1 | | 0,23 | 0,18 |

Св.Т4 - (10-25) ммоль/л; ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл

АТ ТГ - (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл

30..05.18 К – 5,2 ; Nа –140,1 Са++ - 1,14С1 – 99,9 ммоль/л

### 30.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 0-1 в п/зр белок – 0,038 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

05.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - 1500 белок – отр

.05.18 Суточная глюкозурия – 1,45%; Суточная протеинурия – 0,024

##### 01.05.18 Микроальбуминурия – 113,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.05 | 17,6 | 8,4 | 9,1 | 4,6 |  |
| 01.06 |  | 8,5 | 3,0 |  |  |
| 04.06 | 4,8 | 3,6 | 10,6 | 3,1 | 3,6 |
| 05.06 2.00-9,3 | 10,9 |  |  |  |  |
| 06.06 | 10,0 | 10,3 | 18,6 | 10,3 |  |
| 07.06 |  | 5,8 | 12,1 | 10,3 |  |

29.05.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево.

05.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

04.06.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН 0

Рек. кардиолога: небивалол 2,5 м1р/д. рамиприл 2,5 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

06.06.18 ЭХО КС: ФВ 64% Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в област перегородок не регистрируется. Сократительная способсность миокарда в норме. ПМК 1 ст без регургиатции.

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

25.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

30.05.18 Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

06.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки.

29.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2 см3; лев. д. V = 5,2 см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, диалипон, эналаприл,

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: Актрапид НМ п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Протафан НМ 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. Круглогодично 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.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.